



Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Uruguay

Co-publicación BID-EUROsociAL+

Natalia Aranco
Rita Sorio



Financiado por
la Unión Europea

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

Aranco, Natalia.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay / Natalia Aranco, Rita Sorio.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1615)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Uruguay. 2. Older people-Care-Uruguay. 2. Older people-Government policy-Uruguay. I. Sorio, Rita. II. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. III. Eurosocias. IV. Título. V. Serie.
IDB-TN-1615

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2019 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI. El uso del nombre del BID para cualquier fin que no sea para la atribución y el uso del logotipo del BID, estará sujeta a un acuerdo de licencia por separado y no está autorizado como parte de esta licencia CC-IGO.

Notar que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection

Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay

Natalia Aranco

Rita Sorio¹

Resumen

Uruguay es uno de los países más envejecidos de la región. Esto, aun siendo buena noticia, impone desafíos; unos de los más apremiantes es el aumento en la demanda de servicios de apoyo a largo plazo. Según los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013, el 11.5% de la población de más de 60 años tiene cierto grado de dependencia funcional, y esta proporción llega a 24% entre los mayores de 80. Este aumento de la demanda ocurre en un contexto de contracción de la ayuda informal, resultado de la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, y de la reducción de las redes familiares de apoyo.

Mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), el Estado reconoce esta realidad y asume la responsabilidad de participar activamente en la búsqueda de soluciones a los desafíos que los cambios demográficos y sociales imponen. El sistema concibe un conjunto de prestaciones dirigidas a segmentos específicos de la población, definidos con base en la edad y grado de dependencia de la persona. Dentro de las prestaciones pensadas para la población mayor se destacan: los subsidios para la contratación del servicio de Asistentes Personales (AP) y de teleasistencia, y el desarrollo de una nueva oferta de centros diurnos. Además, el SNIC se propone mejorar la calidad de los servicios, apostando a la formación y profesionalización de quienes trabajan en el sector.

A casi tres años de su funcionamiento, el SNIC ha logrado grandes avances, dinamizando la oferta de servicios formales de apoyo. Quedan, como es natural dada la dimensión del reto, desafíos a ser abordados los próximos años.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que incluye Galiani, Ibararán, and Caruso Bloeck (2017); Aranco et al. (2018); Aranco y Sorio (2018); Medellín et al. (2018).

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, Uruguay

¹ Natalia Aranco es consultora de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Rita Sorio es especialista líder en protección social y salud en el BID. Sus correos electrónicos son natalia.aranco@gmail.com y ritas@iadb.org. Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el BID y EUROsociAL+. Ha sido elaborada con fondos del Estudio Económico y Sectorial "Envejecimiento y Cuidado de Largo Plazo" (RG-E1488) del BID. Las autoras reconocen a Francisco Terra del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay y a Adriana Rovira, directora del Instituto Nacional de Adultos Mayores de Uruguay, por facilitar el acceso a la información y por sus valiosas aportaciones. Además, agradecen a Ferdinando Regalia, Fabiano Rodrigues, Suzanne Duryea, Gianluca Cafagna, Pablo Ibararán, Nadin Medellín, María Laura Oliveri, Marco Stampini, Francesca Capparucci, Francesco Maria Chiodi, Andrea Monaco, Andrea Proaño, Cecilia Martínez y Martha Guerra por sus comentarios. El documento fue editado profesionalmente por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y no las del BID, su Directorio ni los países que representan.

Contenidos

Introducción	3
Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia	6
1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos	6
1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor	8
<i>Esperanza de vida y esperanza de vida saludable</i>	8
<i>Discapacidad y dependencia funcional</i>	9
<i>Condiciones de salud de los adultos mayores</i>	16
1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor	25
Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia	30
2.1 Sistema Nacional Integrado de Cuidados	30
<i>Organización institucional del SNIC</i>	31
<i>Definición y evaluación de la población objetivo</i>	32
<i>Prestaciones del sistema para la población adulta dependiente y sus cuidadores</i>	33
<i>Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios</i>	36
<i>Financiamiento y presupuesto del SNIC</i>	38
2.2 Otras políticas para la población adulta mayor fuera de la órbita del SNIC	40
<i>Políticas de salud enfocadas a los adultos mayores</i>	40
<i>Soluciones habitacionales para adultos mayores dependientes</i>	40
<i>Políticas de envejecimiento activo</i>	40
2.3 Otras políticas para la población con discapacidad fuera de la órbita del SNIC	41
Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia	42
3.1 Servicios de atención a la dependencia remunerados	42
<i>Servicios residenciales</i>	43
<i>Servicios de asistencia personal en el hogar</i>	46
<i>Servicios en centros de día</i>	48
<i>Servicios de teleasistencia</i>	48
<i>Otros servicios</i>	49
3.2 Personas ocupadas en el sector de cuidados remunerados	49
3.3 Servicios de atención a la dependencia no remunerados	51
3.4 Necesidades de apoyo no satisfechas	53
Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia	54
4.1 El SNIC en una perspectiva internacional	54
4.2 Logros y desafíos del Sistema de Cuidados en Uruguay	55
Referencias bibliográficas	58
Anexos	66

Introducción

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe. Producto de una tasa de fertilidad que ha sido históricamente baja, y de una mortalidad que ha ido en constante descenso desde, al menos, mediados del siglo pasado, el país tiene una de las esperanzas de vida más altas de la región, y muestra una estructura etaria con un peso muy importante de la población adulto mayor sobre el total. Los últimos datos disponibles muestran que 19% de la población tiene más de 60 años, muy por encima del promedio regional de 11%. Además, el 22% de los adultos mayores de 60 años, tienen más de 80. Se proyecta que en 2050 estas cifras lleguen a 28% y 25% respectivamente en 2050 (Naciones Unidas 2017).

El hecho de que la población esté viviendo hasta edades más avanzadas es, sin duda, una gran conquista de la humanidad, consecuencia del desarrollo económico y social de las últimas décadas. Por lo tanto, debe ser visto como una muy buena noticia. Sin embargo, conlleva desafíos que no pueden ser ignorados. Uno de los principales retos se dará en el área de los servicios de apoyo en el largo plazo². Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, y un aumento del riesgo de contraer enfermedades (OMS 2015). Por lo tanto, a medida que las personas envejecen, es más probable que comiencen a tener dificultades para el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria y se vuelvan dependientes del apoyo que puedan recibir de los demás. Cuanto mayor es la proporción de adultos mayores en una población, mayor será la necesidad y la demanda de este tipo de ayuda.

En Uruguay, 11.5% de la población de más de 60 años presenta algún grado de dificultad para realizar sus actividades diarias; esta proporción aumenta con la edad, llegando a 24% entre los mayores de 80 según la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013. También se observa que, a mayor edad, no sólo aumenta el número de actividades para las que las personas necesitan apoyo, sino también, la frecuencia y la intensidad del apoyo requerido.

Estos datos cobran aún más relevancia si se tiene en cuenta el perfil epidemiológico de la población uruguaya. En este sentido, a medida que la población envejece, aumenta la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles³ frente a las enfermedades infecciosas como principal causa de enfermedad y muerte, y Uruguay no ha sido ajeno a este fenómeno (OMS 2011). Por sus características (duración prolongada, difícil remisión), las enfermedades crónicas aumentan potencialmente las probabilidades de que una persona necesite apoyo de terceros para la realización de sus actividades diarias.

Este aumento de la demanda de servicios de apoyo se da en un contexto en el que la ayuda informal, provista en su gran mayoría por las mujeres de familia, se ve comprometida. El aumento de la participación femenina en el mercado laboral y los cambios en la estructura familiar que se han sucedido en los últimos años, limitan la red de familiares y personas cercanas disponibles

² Frecuentemente, la literatura, los instrumentos estadísticos (por ejemplo, censos y encuestas) y la normativa de los países utiliza el término de cuidado o servicios de cuidado de larga duración para referirse a los servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, algunos actores asocian al término cuidado como un término paternalista que puede opacar la necesidad de que los servicios de apoyo de larga duración respeten la autonomía de las personas, entendida como la habilidad de tomar decisiones, aún con apoyo si es necesario, de acuerdo con la propia conciencia, los valores, la voluntad y las preferencias de las personas. Por esta razón, a lo largo de esta publicación preferimos utilizar el término de servicios de atención a la dependencia o servicios de apoyo de larga duración. En el caso de Uruguay, no es posible hacerlo siempre porque la política pública y el Sistema Nacional Integrado de Cuidados utilizan el término cuidado ampliamente.

³ En el resto del texto se utilizan de manera intercambiable enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas. Las causas de muerte y enfermedad no transmisibles agudas se refieren como causas externas o lesiones.

para cuidar (Aguirre 2009). A esto se le suman los cambios en las normas y valores sociales que acompañan la creciente autonomía de la mujer. En este sentido, poco a poco, se observa en las sociedades un apartamiento de la creencia colectiva de que es la mujer la única responsable de las tareas de cuidados.

Reconociendo esta realidad, el gobierno uruguayo creó, en 2015, el Sistema Integral de Cuidados (SNIC) convirtiéndose en el primer país de América Latina y el Caribe en poner en marcha una política de este tipo. Con la Ley 19,353 de creación del sistema, el Estado incorpora el tema de los cuidados a la dependencia a la agenda pública y asume la responsabilidad de participar activamente en el diseño de soluciones orientadas a dar respuesta a los desafíos que los cambios demográficos y sociales imponen. Se propone, además, reducir las desigualdades sociales que aparecen como consecuencia de la injusta división del trabajo que asigna la responsabilidad de los cuidados mayormente a las mujeres, como parte de su rol de género tradicional, desvalorizándolo y volviéndolo invisible a los ojos de la sociedad (Sistema de Cuidados 2015). El SNIC se concibe como un conjunto de políticas integrales en el área de los cuidados a la dependencia, que incluye prestaciones totalmente nuevas, así como la coordinación, consolidación y expansión de algunos servicios ya existentes.

Dentro de las prestaciones del SNIC para la población con dependencia destacan: los subsidios para la contratación del servicio de asistentes personales para la población con dependencia grave menor de 30 años y mayor de 80, los subsidios para la contratación del servicio de teleasistencia, y el desarrollo de una nueva oferta de centros diurnos para aquellos de 65 años y más con dependencia leve o moderada. Estas prestaciones están dirigidas a segmentos específicos de la población, definidos con base en la edad y el grado de dependencia de la persona. La determinación del subsidio otorgado depende del nivel de ingreso per cápita del hogar. Además, el SNIC se propone mejorar la calidad de los servicios de cuidados, a través de una mayor regulación y fiscalización de los mismos, a lo que se suma una apuesta importante a la formación y profesionalización de los recursos humanos en el sector.

La creación del SNIC ha servido para revitalizar la oferta privada y revalorizar el trabajo en cuidados, sobre todo en lo que tiene que ver con los servicios de asistencia personal a domicilio. En este sentido, el análisis de la oferta de servicios de cuidados de largo plazo del país evidencia un mercado limitado, pero en expansión. A los servicios “tradicionales” prestados por residencias de largo plazo y cuidadores a domicilio, se están incorporando otros, como la teleasistencia y los centros de día, que se espera promuevan la autonomía y ayuden a retrasar (o evitar) la institucionalización, brindando tranquilidad y respiro a los cuidadores familiares.

Aun así, como en la mayor parte de los países del mundo, la responsabilidad de los cuidados recae en su mayor parte en las mujeres de la familia. Según los datos de la ELPS (2013), entre los adultos mayores dependientes que cuentan con ayuda en la realización de sus actividades diarias, el 82% recibe ayuda no remunerada proveniente ya sea de un familiar perteneciente al propio hogar (58.9%), de un familiar proveniente de otro hogar (16.8%), o de alguien ajeno a la familia (6.3%). En más del 70% de los casos, la ayuda no remunerada proviene de una mujer.

En este sentido, si bien la puesta en marcha del SNIC está logrando, poco a poco, fomentar la corresponsabilidad y la valoración del trabajo de cuidados, aún queda mucho camino por recorrer. Además, existen algunos retos puntuales que tienen que ver con el diseño y la puesta en práctica de algunas prestaciones.

Uno de los principales desafíos, porque representa un gran compromiso presupuestal, es aumentar la cobertura hacia otros tramos de edad que los actualmente cubiertos por las

prestaciones de atención a la dependencia. Otro de los retos tiene que ver con la oferta de formación de cuidados a la dependencia que, hoy por hoy, resulta insuficiente, no sólo en términos de cupos disponibles, sino también respecto a lo que tiene que ver con la oferta de cursos de especialización (por ejemplo, para tratar diferentes patologías), que hoy es inexistente.

El sistema se enfrenta, además, a un gran desafío en materia comunicación: existe entre la población un bajo nivel de conocimiento en lo que respecta al SNIC y su funcionamiento. Educar a la población, no sólo respecto a las prestaciones ofrecidas, sino también acerca de los principios que lo orientan, en particular en lo referido al derecho a un cuidado de calidad, la corresponsabilidad, y la valorización de las tareas de cuidado, debería ser uno de los objetivos principales en los próximos años.

Por último, en el caso del servicio de asistentes personales, el hecho de que exista un alto porcentaje de personas que, aun habiendo calificado para recibir el beneficio, deciden no hacer uso del mismo, es un tema que debería atenderse. Es importante conocer los motivos detrás de esta particularidad, que no resultan del todo claros, y que pueden ir desde la percepción de los usuarios acerca de las ventajas del sistema, hasta problemas en el diseño de las prestaciones.

Este documento describe el sistema, las prestaciones destinadas a satisfacer las demandas de cuidados de la población mayor dependiente, sus logros y desafíos. En la Sección 1 se realiza un análisis de los factores que afectan la demanda de servicios de apoyo a largo plazo, liderados por el proceso de envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. La Sección 2 describe cómo el Estado interviene para dar solución a la creciente demanda de estos servicios; se presenta el SNIC, así como otras políticas que existen por fuera del sistema. La Sección 3 complementa el análisis, al describir la oferta completa de servicios de apoyo a largo plazo en el país, y su utilización por parte de la población; se presentan los servicios otorgados por el sector público, las organizaciones sin fines de lucro, y el mercado privado. Por último, en la Sección 4, concluimos con un análisis del SNIC en comparación con la experiencia internacional, y con una ponderación de los logros y desafíos hasta el momento.

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia

1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos

Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe; atravesó lo que se conoce como “primera transición demográfica”, marcada por caídas sostenidas en las tasas de fertilidad y mortalidad, antes, y a un ritmo más lento, que el resto de los países de la región, e incluso que algunos países desarrollados (Rofman, Amarante y Apella 2016). La tasa de fertilidad del país ha sido históricamente baja. Ya en el período 1950-1955 era de 2.7 hijos por mujer, aproximadamente la mitad de la media regional, y por debajo de la media de los países desarrollados, que alcanzaba 2.9 en el mismo período. Los datos para 2015 publicados por Naciones Unidas (2017), ubican a Uruguay con una tasa de fertilidad muy cercana a la tasa de reemplazo (2 hijos por mujer).

Al mismo tiempo, la mortalidad para todos los grupos de edad ha ido en constante descenso, al menos desde mediados del siglo pasado, lo cual se refleja en un aumento de la esperanza de vida al nacer, que es una de las más altas de la región, alcanzando los 77 años en el período 2010-2015. La diferencia entre hombres y mujeres con respecto a este indicador es significativa: 73 versus 80 años respectivamente. Hacia 2050, Naciones Unidas (2017) proyecta un incremento de más de 5 años en la esperanza de vida de Uruguay, que alcanzará los 82 años en 2050.

Como consecuencia de todo lo anterior, la población de Uruguay muestra una estructura etaria con un peso muy importante de la población adulto mayor sobre el total. A los factores puramente demográficos se le suma un proceso de emigración de la población joven, que acentúa el perfil envejecido de la población del país (Calvo 2011).

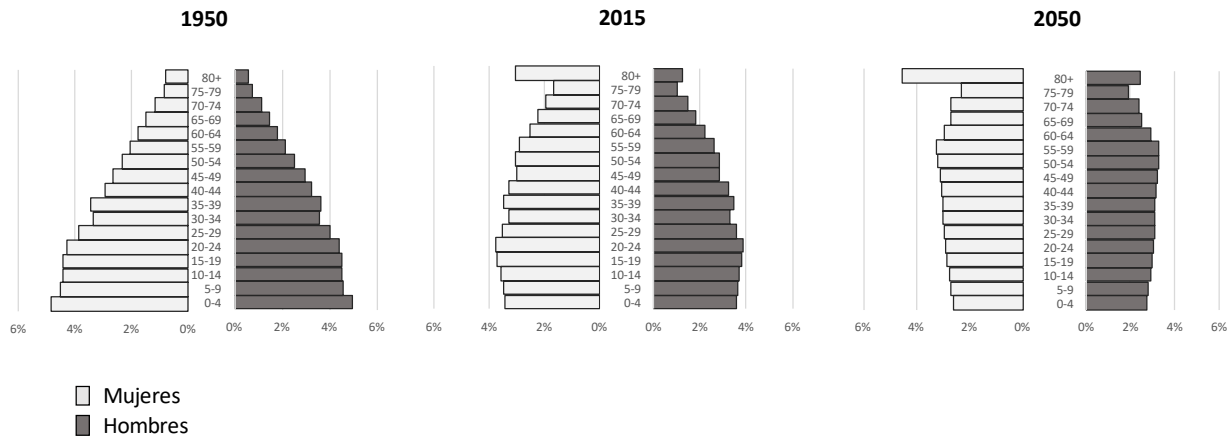
Los últimos datos disponibles muestran que 19% de la población tiene más de 60 años (Naciones Unidas 2017). En la región este porcentaje alcanza el 11%. Si las tendencias de fertilidad y mortalidad continúan como hasta ahora, las estimaciones de Naciones Unidas pronostican que el peso de este grupo etario en el país llegará a 28% en 2050. Estas estimaciones coinciden, a grandes rasgos, con proyecciones realizadas a nivel nacional por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con base en las cuales se proyecta que los mayores de 60 años lleguen en dicho año, como mínimo, al 22% de la población y como máximo al 26%, dependiendo del comportamiento asumido en las variables de mortalidad, fecundidad, esperanza de vida, y migración (OPP 2016).

El índice de envejecimiento poblacional, que reporta el peso de la población de más de 60 años sobre los menores de 15, es de 89 adultos mayores por cada 100 niños, más del doble que el promedio regional, y se espera que este indicador casi se duplique hacia 2050, alcanzando los 165 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15. El aumento en la esperanza de vida trae como consecuencia no sólo un aumento de la proporción de la población adulta mayor en el total, sino también una prolongación de la vejez, que se refleja en un aumento del peso de los más viejos dentro los viejos. El 4% de la población tiene más de 80 años; las personas en este grupo de edad representan el 22% de los adultos mayores de 60 años, cifra que podría aumentar a 25% en 2050 (Naciones Unidas 2017).

Todos estos indicadores hablan de una estructura poblacional envejecida, y que se espera continúe envejeciendo en las próximas décadas. La Figura 1 da cuenta de ello. En la misma se presenta la pirámide poblacional de Uruguay en 1950, 2015, y sus proyecciones para el 2050.

En consonancia con lo expresado hasta ahora, se aprecia un importante aumento de la importancia de las personas más viejas como proporción del total.

Figura 1. Pirámide poblacional de Uruguay: 1950, 2015, 2050



Fuente: Elaboración de las autoras con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

Las caídas en las tasas de fertilidad y mortalidad, y el aumento en la esperanza de vida son, sin duda, buenas noticias. Sin embargo, cuanto mayor es la proporción de adultos mayores en una población, mayor es la necesidad y la demanda de servicios de apoyo a largo plazo. La relación de dependencia de cuidados, indicador propuesto por Budlender (2008), intenta dar una aproximación a las necesidades de cuidado de una población y su capacidad para satisfacerla. El indicador se define como la relación entre las personas menores de 12 años y los mayores de 75, por un lado, y la población de 15 a 74 años, por otro. Es decir, mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (niños y ancianos) y los potenciales proveedores del mismo⁴. Para el cálculo del numerador (demandantes de cuidado), se asigna un ponderador que varía según el grupo de edad, en función a la intensidad del cuidado que necesitan las personas en cada rango etario⁵.

En Uruguay, este indicador es de 25 personas dependientes: 19 niños y 6 adultos mayores, por cada 100 no dependientes. Hacia 2050, si bien no se esperan cambios en el indicador total, sí se espera un cambio en su composición: bajarán los requerimientos de cuidados infantiles a 15 por 100, y aumentarán los provenientes de la vejez a 11 personas mayores por cada 100 potenciales proveedores de cuidados. Si bien el índice es una aproximación bruta a la demanda potencial de cuidados, ya que no incluye personas con discapacidad, e ignora el hecho de que hay personas menores de 75 años que también pueden necesitar cuidados, nos permite tener una idea de cuán apremiante son – y serán – las necesidades de cuidado en el país.

Esta situación se da en un contexto en el que las posibilidades de cubrir estas necesidades a través del cuidado informal, provisto en su gran mayoría por las mujeres de familia, se ven comprometidas debido al aumento de la participación femenina en el mercado laboral y a los cambios en la estructura familiar de los últimos años (Aguirre 2009). Al respecto, en Uruguay, la tasa de participación laboral de las mujeres de más de 15 años pasó de 53.8% en 1963 a

⁴ Se supone que los jóvenes de entre 12 y 14 años demandan la misma cantidad de cuidados que la que son capaces de ofrecer, por lo que su efecto en el total es nulo.

⁵ Se le asigna un peso igual a 1 a los niños menores de 6 años y a los adultos mayores de 85 años, y un peso de 0.5 a los niños entre 7 y 12 años y a los mayores entre 75 y 84 años.

64.9% en 2015 (ILO 2017). La aparición de mayores y mejores oportunidades laborales para las mujeres aumenta el costo de oportunidad de dedicarse a tareas no remuneradas, como el cuidado de familiares en situación de dependencia.

A esto se le suma que, debido a las bajas tasas de fecundidad, a la postergación del matrimonio, y a los altos flujos migratorios, las familias son cada vez más chicas, limitando la red de familiares y personas cercanas disponibles para cuidar. Los hogares unipersonales, las familias biparentales sin hijos, y las familias monoparentales han aumentado su participación en el total de hogares uruguayos, de un total de 44% en 1990 a 50% en 2002 (Aguirre 2009). Según datos de la Encuesta de Hogares de 2015, casi el 60% de las personas mayores en Uruguay viven en hogares unipersonales o en hogares biparentales sin hijos (BID 2015). La disminución del tamaño de la familia, unida al aumento de la participación laboral femenina, limitan la red, imponiendo aún más presiones sobre la capacidad de la familia de brindar los servicios de apoyo necesarios.

Las consecuencias de esta contracción de la oferta informal no se han sentido en su totalidad en Uruguay, debido a que existe una generación de mujeres de más de 55 años que no se han incorporado al mercado de trabajo formal y que, por lo tanto, actúan como amortiguadoras de las necesidades de cuidados de las familias. Es de esperar, sin embargo, que este efecto paliativo se termine pronto, por lo que los problemas de cuidados se harán sentir con todas sus fuerzas en un futuro cercano (Aguirre y Ferrari 2014), y el país debe estar preparado.

El resto de esta sección intenta dar un panorama de las condiciones de salud de la población adulta mayor y su condición de dependencia funcional, así como de las principales características socioeconómicas de esta población, para evaluar la demanda potencial de servicios de apoyo a largo plazo.

1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor

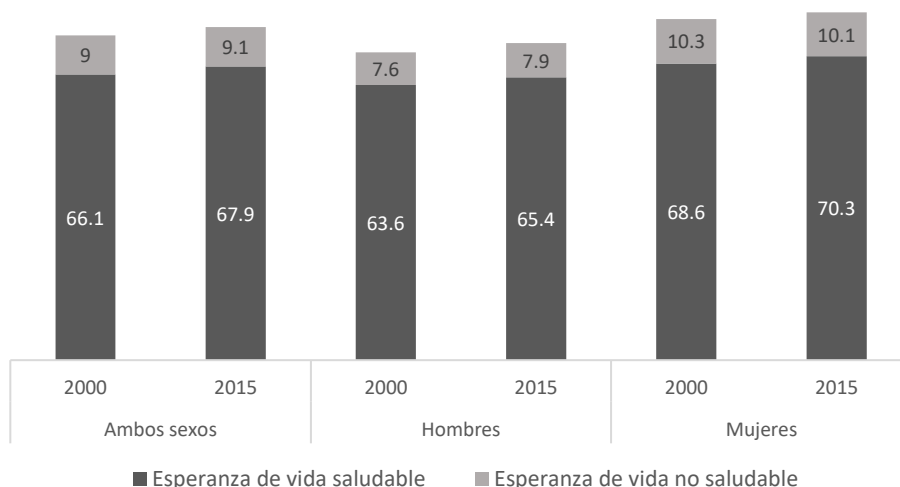
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Una mayor esperanza de vida no necesariamente significa mejor salud. El indicador de esperanza de vida saludable es una medida más representativa de la salud de la población que la esperanza de vida al nacer, y se define como los años de vida que se espera una persona viva con salud completa, libre de limitaciones o enfermedades. En este sentido, la esperanza de vida al nacer puede interpretarse como la esperanza de vida saludable, más los años vividos con alguna enfermedad o limitación (OMS 2004).

En Uruguay, la esperanza de vida saludable al nacer en 2015 era de 67.9 años, uno de los valores más altos de la región, después de Panamá, Cuba y Costa Rica. Según se puede apreciar en la Figura 2, el indicador registra un incremento de 1.8 años (de 66.1 a 67.9) desde el año 2000, primer dato disponible. Por su parte, la esperanza de vida total aumentó 1.9 años (de 75.1 a 77) en el mismo período. Esto significa que, en los últimos años, los aumentos en la esperanza de vida se trasladaron casi en su totalidad en un aumento del número de años vividos en buenas condiciones de salud, y que son los últimos años de vida los que más restricciones imponen en términos de enfermedades, limitaciones, y discapacidad. Esto se hace aún más evidente cuando nos enfocamos en la población de 60 años y más, para la cual se espera que 5 de los 17 años de vida que, en promedio, se espera queden por vivir, se pasen en mala salud; en otras palabras, más del 20% de la esperanza de vida a los 60 años, es esperanza de vida no saludable. Se destaca que, si bien, tanto la esperanza de vida total como la esperanza de vida

saludable son más elevadas en el caso de las mujeres que los hombres, la brecha entre ambos indicadores también es más grande para ellas, lo que estaría implicando que las mismas viven más años en condiciones de mala salud que los hombres.

Figura 2: Esperanza de vida y esperanza de vida saludable, 2000 vs. 2015



Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos del Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (2017).

Discapacidad y dependencia funcional

Desde el punto de vista biológico, la vejez se caracteriza por estados de salud complejos, una pérdida paulatina de las capacidades físicas y mentales, y una mayor predisposición a contraer enfermedades (OMS 2015). Es de esperar, por lo tanto, que a medida que las personas envejecen, pierdan autonomía para la realización de ciertas actividades básicas que hacen a una vida independiente, y requieran del apoyo o la ayuda de terceros en su vida diaria.

Es importante notar que el concepto de dependencia funcional no es sinónimo de la existencia de limitaciones físicas o mentales, aunque ambos estén correlacionados. Así, la existencia de limitaciones sensoriales o funcionales no necesariamente significa dependencia: una persona ciega, por ejemplo, con acceso a los instrumentos necesarios y en un contexto que provea las facilidades y oportunidades para su desarrollo, puede ser completamente autónoma en sus actividades diarias. En este sentido, la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende de las circunstancias y los recursos disponibles para garantizar la independencia funcional. En el Recuadro 1 se definen los conceptos que se usarán en este reporte.

Los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) realizada en Uruguay en 2013 (ver Recuadro 2) indican que, si bien la mayoría de las personas dependientes reporta algún tipo de limitación física o mental, lo contrario no es cierto, y muchas personas con limitaciones no tienen dificultades para desenvolverse en su vida diaria de forma autónoma. En este sentido, entre los mayores de 60 años, 82% de las personas dependientes dicen sufrir de alguna limitación física o mental; sin embargo, alrededor de la mitad de las personas mayores con limitaciones no presentan signos de dependencia. Debido a estas diferencias, en esta subsección analizamos la prevalencia de limitaciones y de dependencia en forma separada.

Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud 2017).

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y por lo tanto se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo, es el cuestionario corto del Grupo de Washington (The Washington Group on Disability Statistics 2017) que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

Discapacidad

De acuerdo con la ELPS, el 7.6% de la población de más de 14 años tiene al menos alguna limitación física o mental. Esta proporción aumenta sensiblemente a medida que las personas envejecen, como se puede apreciar en la Tabla 1. En casi todos los grupos de edad, una proporción mayor de mujeres declara tener limitaciones en comparación con los hombres.

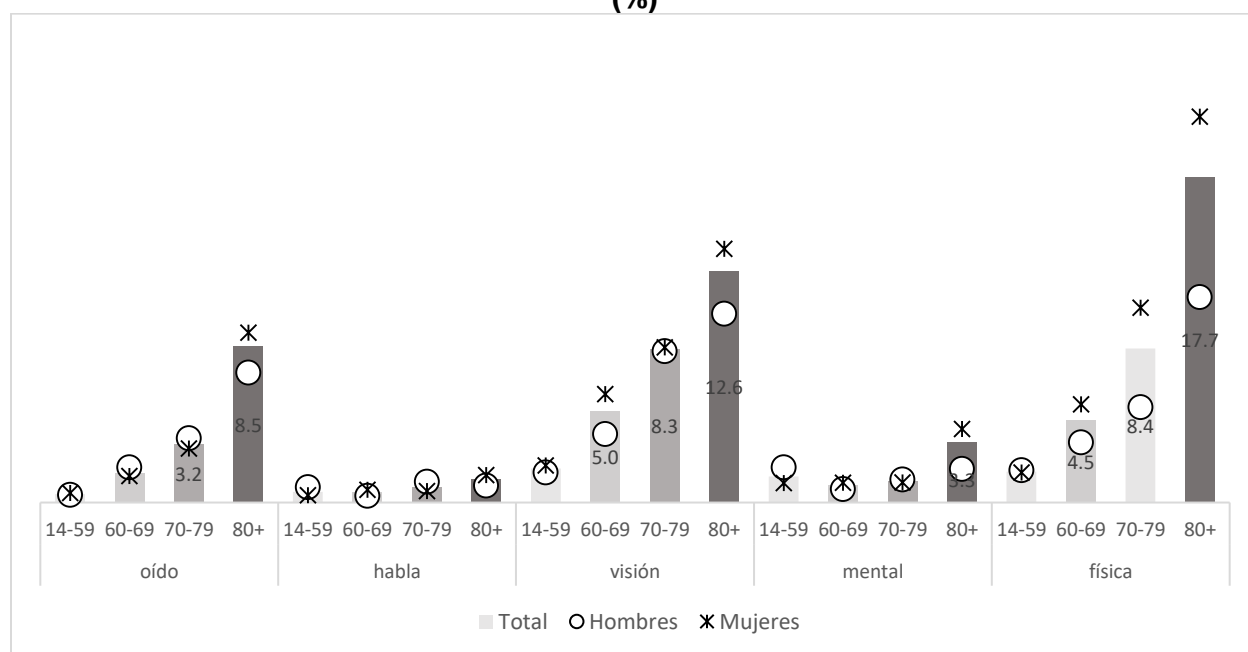
Aproximadamente la tercera parte de la población de más de 60 años que sufre de alguna limitación atribuye esta condición a su edad avanzada. Este porcentaje, como es esperable, aumenta con la edad, llegando a 47% para aquellas personas mayores de 80 años. Como se observa en la Figura 3, las limitaciones más comunes son las limitaciones físicas (dificultad para mover brazos y piernas), que afectan a casi 20% de los mayores de 80, y las dificultades para ver (aun usando lentes) que alcanza el 13% para dicho grupo de edad.

Tabla 1. Presencia de limitaciones, según edad y sexo (%)

Edad	Hombres	Mujeres	Total
14+	6.7	8.4	7.6
14-59	5.3	4.4	4.8
60-69	7.2	10.9	9.2
70-79	14.4	19.1	17.1
80+	26.5	37.0	33.8

Nota: Se presenta el porcentaje de personas que presentan limitaciones: visuales, auditivas, en el habla, físicas, o mentales.
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Figura 3. Proporción de personas con discapacidad, por tipo de limitación, edad, y sexo (%)



Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Cabe destacar que sólo el 56% de las personas que dicen tener alguna de estas limitaciones, declaran necesitar ayuda en sus quehaceres diarios a causa de las mismas, sin diferencias por edad. Estos resultados corroboran que sufrir limitaciones, ya sea físicas o mentales, no es sinónimo de dependencia, al evidenciar el alto grado de autonomía entre las personas que presentan alguna limitación.

Dependencia funcional en las personas mayores

Se estima que 11.5% de la población adulta mayor en Uruguay tiene algún grado de dependencia funcional, 6.6% reporta dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria y 10.9% para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria (ELPS 2013). Estas proporciones aumentan a 31.5% y a 50% respectivamente entre aquellos que dicen tener alguna limitación física, sensorial, o mental. Ver Recuadro 2 para los detalles técnicos sobre la medición de la dependencia funcional en Uruguay.

Recuadro 2. Dependencia funcional y su medición en Uruguay

La principal fuente para la medición de la dependencia funcional con fines estadísticos en Uruguay es la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013. La misma indaga, para los mayores de 60 años, si la persona tiene dificultad para realizar alguna de las 11 actividades consideradas: 5 actividades básicas (comer, ir al excusado, cambiar y mantener la posición del cuerpo, vestirse y moverse dentro del hogar) y 6 actividades instrumentales (aseo personal, trasladarse fuera del hogar, cuidar de su salud, realizar tareas domésticas, participar en sociedad, y tomar decisiones).

Específicamente, se pide al entrevistado que reporte si tiene dificultad para realizar cada una de estas actividades y su frecuencia (siempre, moderadamente, nunca). Además, se pregunta si el entrevistado necesita ayuda para la realización de la tarea en cuestión, la frecuencia de la ayuda (no requiere ayuda, casi nunca requiere, algunas veces, casi siempre, siempre), y el tipo de ayuda necesaria (supervisión u orientación verbal, ayuda física parcial, sustitución total, en caso de que la tarea tenga que ser realizada por otra persona totalmente). La encuesta, por lo tanto, permite analizar, no sólo la presencia de dependencia funcional, sino también la intensidad.

La ELPS también indaga acerca de la presencia de limitaciones, entendidas éstas como “las dificultades que una persona puede tener en su desempeño y en la realización de actividades, originada en una deficiencia. Por ejemplo: para ver, para oír, para caminar, para hablar, para aprender etc.” (ELPS 2013, Manual del Entrevistador p.47). A la persona se le pregunta si tiene alguna limitación y, en caso afirmativo, cuál es el origen de la misma (congénito, connatal, enfermedad, envejecimiento, otro) y qué tanto afecta la misma sus quehaceres diarios de la vida (mucho, medianamente, poco, o nada).

El 11.5% de la población de más de 60 años reporta dificultades en la realización de al menos una de las actividades de la vida diaria (básica o instrumental), evidenciando cierto grado de dependencia. La proporción de personas con dependencia funcional aumenta con la edad (ver la Tabla 2). Una mayor proporción de mujeres, independientemente de la edad, declaran enfrentar dificultades. El porcentaje de personas que tiene dificultades para realizar actividades instrumentales es siempre mayor al que declara tener dificultades en las actividades básicas. Esto se debe a que las actividades instrumentales representan un nivel de complejidad mayor que las actividades básicas y, por lo tanto, es de esperarse que sean las primeras en verse afectadas (Katz et al. 1963; Dunlop et al. 1997).

Dentro de las actividades básicas, la actividad para la cual más personas reportan tener dificultades es la de moverse dentro del propio hogar, con un 4.3% de la población de más de 60 años y 9.9% de la población de más de 80 años afectada. Le siguen vestirse, usar el excusado, cambiar de posición y comer o beber. Dentro de las actividades instrumentales, la tarea que representa mayor dificultad para las personas mayores es la de trasladarse fuera de su hogar, seguido por la realización de tareas domésticas, la participación en sociedad y el aseo y arreglo personal. Es de destacar la poca proporción de individuos que dicen tener dificultades para cuidar de su propia salud y para tomar decisiones de forma autónoma. La Tabla 3 muestra el porcentaje de entrevistados en la ELPS que declaran tener dificultades para la realización de cada una de las actividades consideradas, según grupos de edad, para cada tipo de actividad: actividades básicas (Panel A) y actividades instrumentales (Panel B).

Tabla 2. Presencia de dificultades según rangos de edad y sexo, entre los mayores de 60 años

Edad	ABVD		AIVD		Total AVD	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60+	4.6	7.9	6.6	13.9	7.3	14.5
60 a 69	2.8	3.3	3.8	6.4	4.4	6.8
70 a 79	5.1	7.5	7.6	13.7	8.1	14.6
80 y más	10.0	16.7	13.7	27.6	15.1	28.0

Nota: Las ABVD incluyen comer, ir al excusado, cambiar y mantener la posición del cuerpo, vestirse y moverse dentro del hogar; las AIVD incluyen el aseo personal, trasladarse fuera del hogar, cuidar de la propia salud, realizar tareas domésticas, participar en sociedad, y tomar decisiones; el porcentaje de AVD se refiere a las personas que tienen dificultades en al menos un tipo de actividad. Se reporta el porcentaje de adultos mayores de 60 años que responden “Sí, siempre” o “Sí, moderadamente” a la pregunta ¿“Habitualmente usted tiene dificultad para realizar las siguientes actividades...?”

Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Tabla 3. Porcentaje de la población que presenta dificultades en la realización de las AVD, según edad, sexo, y tipo de actividad

Panel A: Actividades Básicas de la Vida Diaria

	Comer o beber	Vestirse	Usar el excusado	Cambiar de posición	Desplazarse dentro del hogar
Hombres					
60-69	0.6	1.4	1.0	1.2	1.8
70-79	1.5	3.2	2.7	2.6	3.2
80+	1.6	5.8	3.3	4.6	6.4
Mujeres					
60-69	1.0	1.9	1.1	1.4	1.8
70-79	1.6	3.6	3.6	3.4	5.3
80+	2.9	7.7	8.5	5.9	11.4

Panel B: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

	Arreglo personal	Cuidar salud	Desplazarse fuera del hogar	Tareas domésticas	Participar en sociedad	Tomar decisiones
Hombres						
60-69	0.8	0.7	2.7	1.8	1.9	0.4
70-79	2.3	1.4	5.3	4.0	3.3	1.7
80+	3.7	2.1	11.5	7.3	5.9	3.4
Mujeres						
60-69	1.7	0.5	3.4	4.0	1.4	0.7
70-79	4.6	2.1	9.6	7.0	3.7	1.7
80+	8.8	3.7	21.1	17.5	8.8	5.9

Nota: Se reporta el porcentaje de adultos mayores de 60 años que responden “Sí, siempre” o “Sí, moderadamente” a la pregunta ¿“Habitualmente usted tiene dificultad para realizar las siguientes actividades...?”

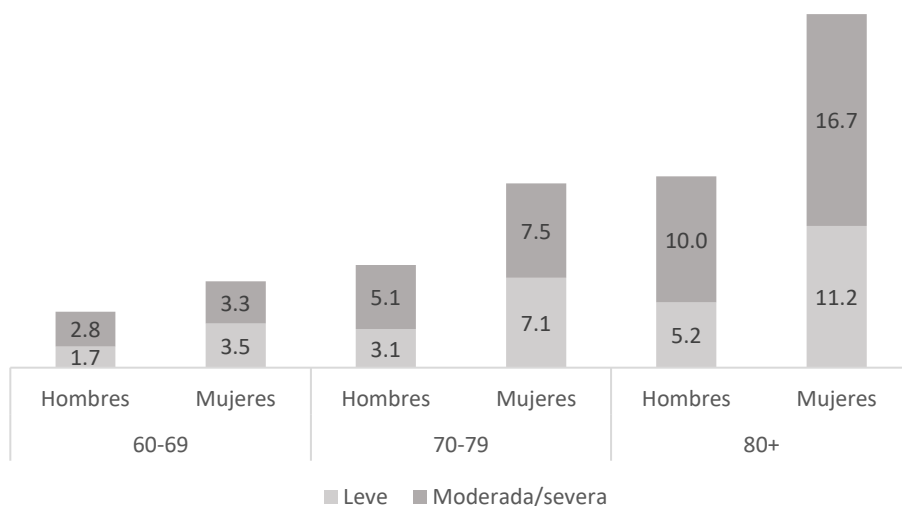
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

En los grupos etarios de edad más avanzada, la dependencia funcional es más grave. Por un lado, es probable que las personas enfrenten dificultades para realizar un mayor número de actividades, especialmente las básicas. Por otro, el grado de la dificultad aumenta y requieren ayuda más compleja y más frecuente. Utilizamos tres estrategias para tratar de capturar lo anterior.

Primero, utilizamos la definición de Paredes y Pérez (2014) para clasificar el nivel de dependencia. Los autores consideran dependientes leves a las personas que tienen dificultad para alguna actividad instrumental, pero pueden realizar todas las actividades básicas de forma autónoma, y como dependientes moderados a severos, a las personas que presentan dificultades en al menos una actividad básica⁶. La Figura 4 muestra que en los grupos etarios de mayor edad aumenta la proporción de personas con dependencia funcional, especialmente con dependencia moderada y severa, que aumenta en forma más que proporcional.

Segundo, analizamos cómo, al avanzar la edad, aumenta el número de actividades básicas para las cuales se tiene dificultad. En el tramo de edad 60-69, un 1.3% reporta tener dificultad para solamente una actividad básica, mientras que un 1.8% tiene dificultad para realizar 2 o más actividades básicas. Estas cifras aumentan a 2.5% y 4%, respectivamente, para el rango 70-79, y a 6.6% y 8% para los mayores de 80 años. Las mujeres son las más afectadas en todos los grupos de edad. La Figura 5 muestra las diferencias por género.

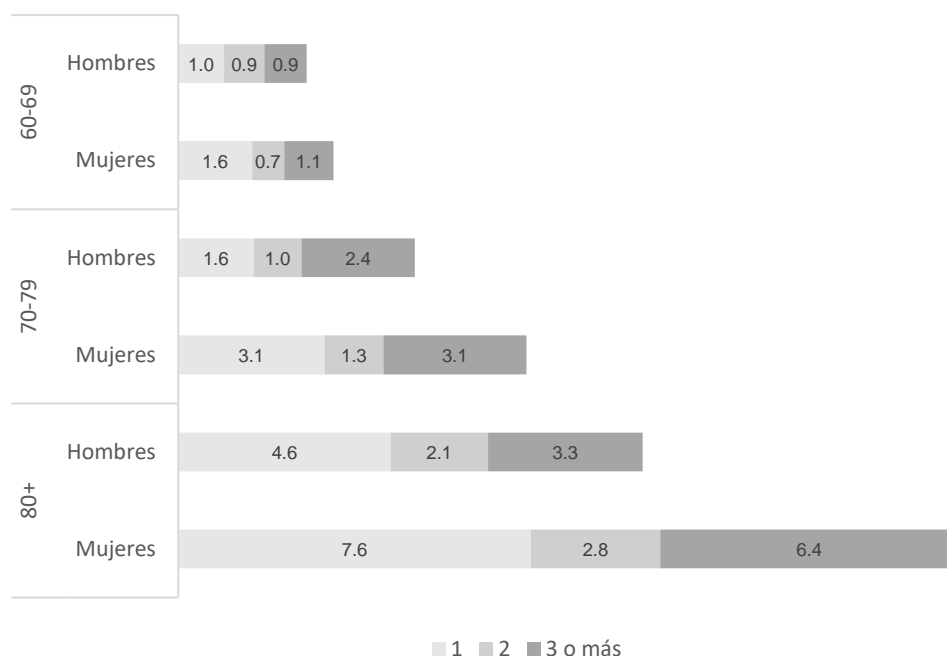
Figura 4. Proporción de personas mayores dependientes por nivel de dependencia



Fuente: Elaboración de los autores con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

⁶ Debe destacarse que esta definición no es la misma utilizada por el Sistema Nacional Integrado de Cuidados para determinar el acceso a las prestaciones, ya que el baremo de medición oficial incluye una batería de preguntas mucho más amplia que la ELPS. De todas formas, es posible, basándonos en la ELPS, hacer una aproximación a la definición de dependencia oficial; este análisis se presenta en el Anexo 2. En el texto principal se mantiene la definición de dependencia leve/moderada/severa con base en la simple presencia de ABVD y AIVD.

Figura 5. Número de ABVD para las que se tiene dificultad



Nota: Se reporta el porcentaje de adultos mayores de 60 años que responden “Sí, siempre” o “Sí, moderadamente” a la pregunta “¿Habitualmente usted tiene dificultad para realizar las siguientes actividades...?”
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Tabla 4. Necesidad de ayuda entre personas dependientes (%)

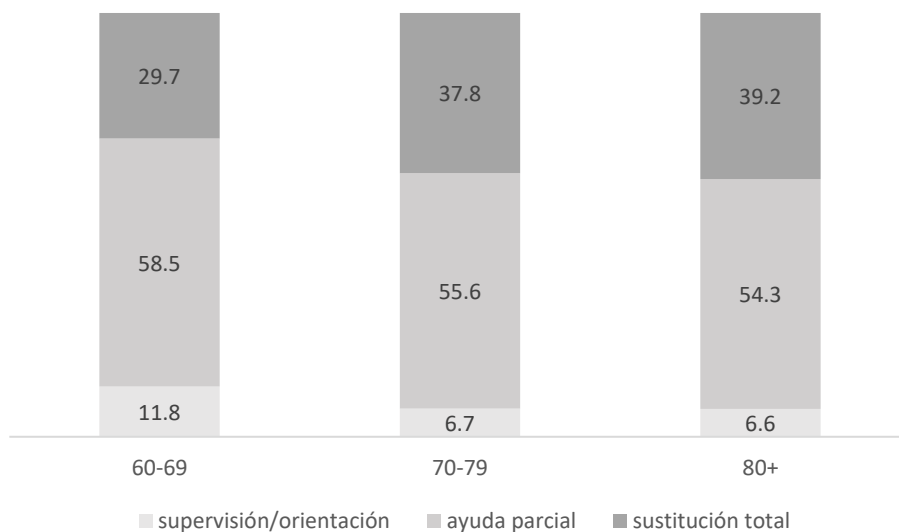
Edad	ABVD			AIVD		
	Tiene dificultades	Necesita ayuda	Necesita ayuda regularmente	Tiene dificultades	Necesita ayuda	Necesita ayuda regularmente
60+	6.6	72.4	59.6	10.9	81.3	73.9
60 a 69	3.1	64.2	56.6	5.2	77.0	63.4
70 a 79	6.5	66.8	66.4	11.1	75.7	73.8
80 y más	14.7	80.3	56.6	23.3	87.8	78.6

Nota: Las columnas 2 y 4 muestran el porcentaje de personas dependientes que dicen necesitar ayuda con la realización de sus ABVD o AIVD, respectivamente; las columnas 3 y 5 muestran la proporción de personas, dentro de los que necesitan ayuda, que lo hacen de forma más o menos constante (“siempre” o “muchas veces”).
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Finalmente, analizamos la frecuencia con la que las personas dependientes necesitan ayuda y el tipo de ayuda. Los grupos etarios de mayor edad necesitan más ayuda y un mayor porcentaje requiere ayuda regularmente para realizar actividades básicas e instrumentales (Tabla 4). Más del 90% de las personas de 60 años y más con dependencia cuenta con ayuda. El 72.4% de las personas mayores de 60 años que tienen dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria reciben algún tipo de ayuda para la realización de las mismas; el 59.6% de los mismos dice necesitar ayuda “siempre” o “muchas veces”. En el caso de las actividades instrumentales, los porcentajes son algo mayores, probablemente debido a la mayor complejidad inherente a estas tareas, pero el gradiente por edades se mantiene. A medida que

las personas envejecen, disminuye la proporción de dependientes que dicen necesitar simplemente supervisión o ayuda parcial, a favor de aquellos que necesitan que otra persona haga la tarea por él (sustitución total) (ver Figura 6).

Figura 6. Tipo de ayuda necesaria entre personas dependientes



Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

En suma, el proceso de envejecimiento trae consigo un aumento de la cantidad de personas con dependencia funcional y un incremento de las necesidades de apoyo, que se vuelven más intensas a medida que más envejece la población. Con base en estos resultados, se desprende que si las prevalencias de la dependencia por grupos de edades se mantienen, el simple proceso demográfico hará que las necesidades de apoyo crezcan aún más en el futuro cercano, a medida que la población continúa envejeciendo.

Para poder contrarrestar y aliviar la creciente demanda de servicios para apoyar a la población con dependencia que esto supondrá, es necesario no sólo diseñar políticas integrales de cuidados, sino también buscar la forma de retrasar (o evitar) la llegada de la dependencia. A menudo, la dependencia funcional está asociada a la aparición de problemas de salud específicos. Por ello, es importante conocer las principales características de salud de la población, y su relación con el desarrollo de situaciones de dependencia funcional, así como los factores de riesgo que están detrás del desarrollo de las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores, para incentivar la prevención y estimular el envejecimiento activo. Este es el objetivo del resto de la sección.

Condiciones de salud de los adultos mayores

Principales causas de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores

A medida que la población envejece, también cambia el perfil epidemiológico del país. A nivel mundial, la transición demográfica ha sido acompañada por una “transición epidemiológica” en la que las principales causas de enfermedad y de muerte dejan de ser las enfermedades infecciosas dando lugar a las enfermedades crónicas no transmisibles, que se convierten en las más importantes (OMS 2011). Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de duración más prolongada, no se resuelven de forma espontánea y, una vez que aparecen, es raro que

desaparezcan por completo. El Recuadro 3 explica en mayor detalle los conceptos utilizados para la medición de la carga global de mortalidad y morbilidad en el estudio Carga Global de Enfermedades.

Recuadro 3. Carga Global de Enfermedades: definiciones y conceptos

El estudio sobre la *Carga Global de Enfermedades* calcula la carga total de enfermedades para una lista de 328 condiciones en países de todas partes del mundo a partir de 1990. La carga total de enfermedades se expresa como la cantidad de Años de Vida Saludables perdidos (AVISA) o, lo que es lo mismo, los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes, o discapacidad. El concepto se calcula como la suma de dos factores: los años perdidos por muerte prematura (APMP, o carga de mortalidad), y los años de vida perdidos por discapacidad, considerada ésta como cualquier condición de salud que afecte el funcionamiento óptimo del individuo (AVD, o carga de morbilidad) (Chen et al. 2015).

Los años perdidos por muerte prematura se calculan como la diferencia entre la edad de muerte de una persona y la esperanza de vida máxima a dicha edad. Para definir lo que se considera una muerte prematura, se construyen tablas de esperanza de vida “normativas” basadas en la tasa de mortalidad mínima observada para cada edad en poblaciones de más de cinco millones de habitantes. En 2016, por ejemplo, la esperanza de vida máxima al nacer era de 86.59 años, y la esperanza de vida máxima a los 65 años era de 23.79 años adicionales. Así, un recién nacido que muere antes del año significa 86.59 años perdidos por muerte prematura, mientras que si una persona muere a los 65 años aporta 23.79 al cálculo de años perdidos por muerte prematura (Kassebaum et al. 2016). Para llegar al número final, se suman los años perdidos a partir de las muertes ocurridas en toda la población en un período de tiempo dado.

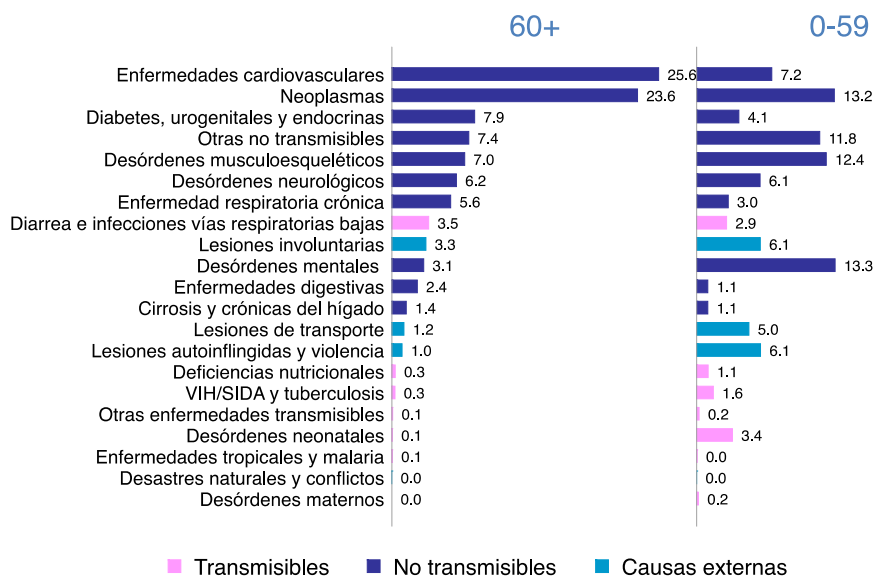
Los años de vida saludable perdidos por discapacidad se calculan como el producto del número de casos prevalentes para cada condición y un ponderador que representa el impacto que dicha condición tiene sobre la calidad de vida de la persona que la padece. El valor de este ponderador surge de encuestas realizadas a individuos en diferentes países del mundo, en las cuales se les pide ordenar sus preferencias al comparar diferentes estados de salud. En 2016, estas encuestas se realizaron a 600 mil individuos alrededor del mundo.

Uruguay no ha sido ajeno a este fenómeno. Los últimos datos del estudio sobre la Carga Global de Enfermedades (CGE) muestran que el 81% de la carga de mortalidad y morbilidad en el país se puede atribuir a enfermedades crónicas, 7% a enfermedades infecciosas, y un 11% a causas externas (accidentes y heridas). Para la población de 70 años y más, la contribución de las enfermedades crónicas a la carga total de enfermedades aumenta a 90%, mientras que un 5% corresponde a enfermedades infecciosas; el resto son causas externas (CGE 2016).

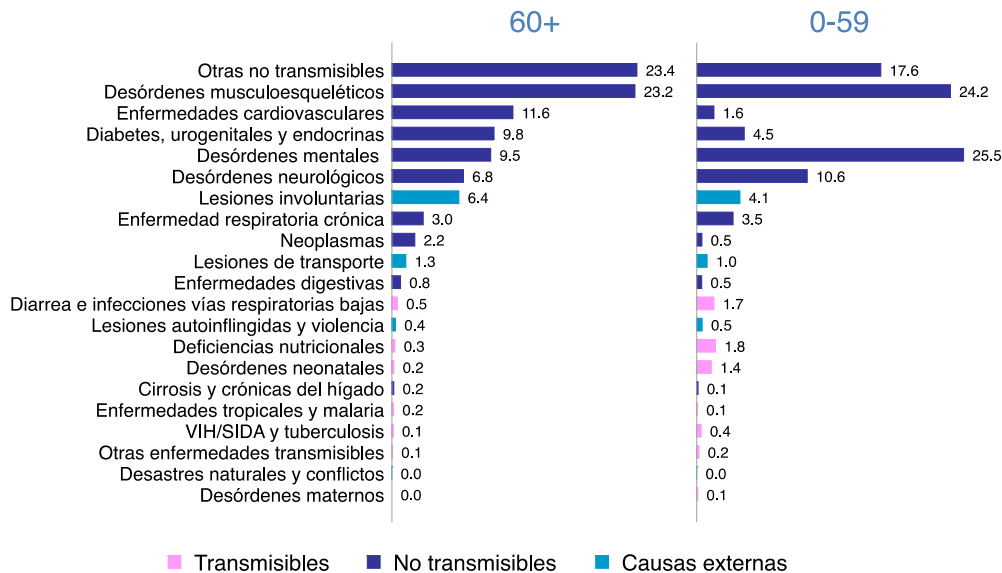
La carga de mortalidad y morbilidad difiere según la edad de la población, con una mayor preponderancia de las enfermedades no transmisibles para las edades más avanzadas. La Figura 7 (Paneles A-D) muestra las causas de Años de Vida Saludable perdidos (AVISA), de Años de Vida con Discapacidad (AVD), de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP), y de mortalidad según la edad. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer están entre las dos primeras causas de mortalidad y de años perdidos por muerte prematura entre los adultos mayores, mientras que la categoría *Otras ENT* y las enfermedades musculoesqueléticas están entre las principales causantes de discapacidad.

Figura 7. Carga de mortalidad y morbilidad, por grupos de edad

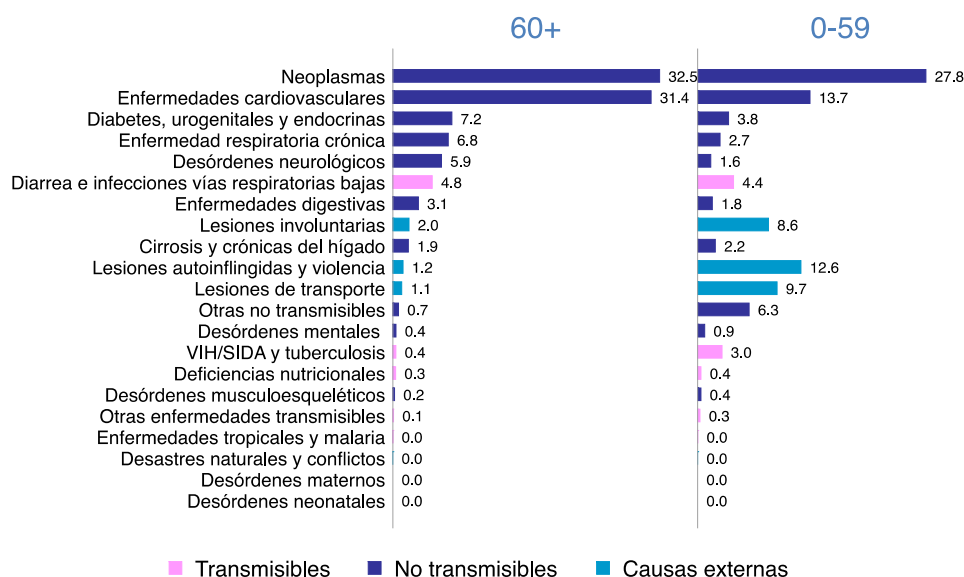
Panel A: AVISA



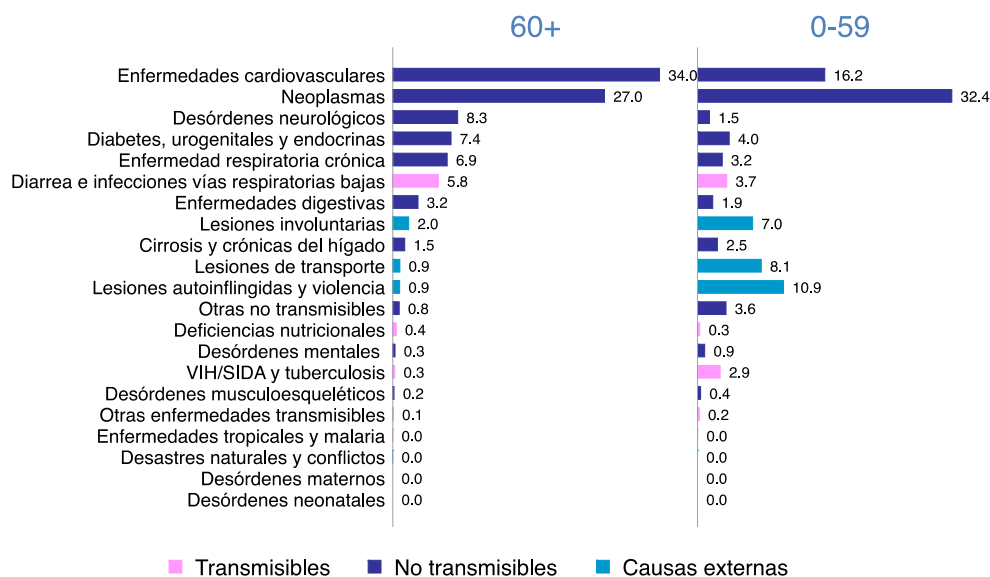
Panel B: AVD



Panel C: APMP



Panel D: Muertes



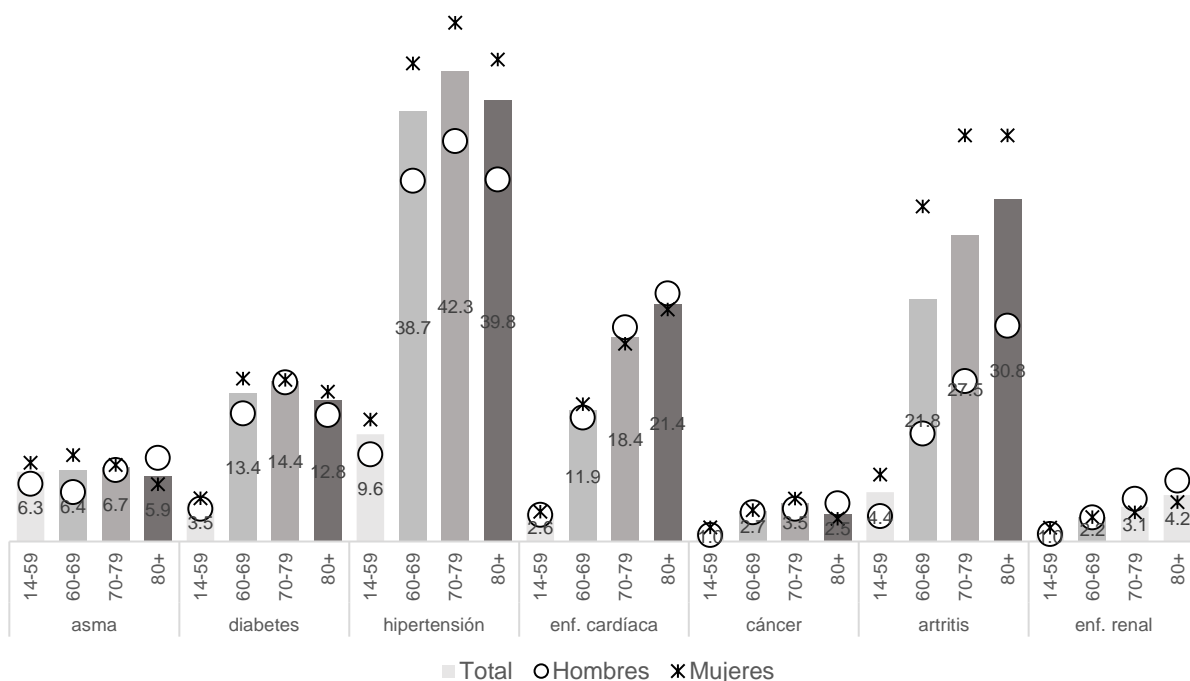
Nota: se muestra la distribución de la carga global de enfermedad con base en la desagregación de enfermedades por Nivel 2 del Estudio de Carga Global de Enfermedades.

Fuente: Elaboración de las autoras con base a los datos del estudio de CGE (2016).

Los datos de la ELPS (2013) indican que el 30% de la población mayor de 14 años presenta al menos alguna de las enfermedades más comunes: asma, diabetes, hipertensión, problemas

cardíacos, cáncer, artritis, problemas renales ⁷. Dicha cifra se incrementa con la edad, pasando de 20% para las personas menores de 60 años, a 63% para los mayores de esa edad. Los principales padecimientos entre la población adulta mayor son la hipertensión, la artritis y otros problemas del aparato musculoesquelético, las enfermedades cardíacas, y la diabetes (Figura 8). Es importante notar que los datos pueden estar sujetos a problemas de sub-diagnóstico (dado que se basan en el autorreporte), sin embargo, los resultados permiten tener un panorama de cuál es la prevalencia de las principales enfermedades entre la población adulta mayor en el país.

Figura 8. Población diagnosticada con alguna enfermedad, por tipo de enfermedad, edad, y sexo



Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Entre los mayores de 60, la alta prevalencia de personas con hipertensión (41%) es preocupante. La prevalencia es más alta entre las mujeres. Adicionalmente, es probable que el problema sea aún mayor, dado el nivel de subdiagnóstico existente. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, realizada en 2013, el 60% de las personas hipertensas desconocían su condición (MSP 2017). De acuerdo con el estudio de CGE (2017) si se lograra eliminar la hipertensión en Uruguay, se podrían evitar más del 20% de las muertes por enfermedades crónicas, un 24% de las muertes por diabetes, y un 54% de las muertes por enfermedades cardiovasculares.

⁷ No se considera la categoría "otras enfermedades" debido a la gran heterogeneidad de respuestas mencionadas por quienes eligen esta opción (que, si bien contempla algunas condiciones que podrían ser consideradas crónicas como problemas en la tiroides, también incluye enfermedades infecciosas o coyunturales, como gripe). Si se considera esta categoría, las cifras aumentan a: 40% para la población mayor de 15 años, 32% para los menores de 60, y 72% para los mayores de 60.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad general y la segunda causa de mortalidad prematura entre los adultos mayores. Representan 26% de la carga total de enfermedad entre la población de 60 años y más en el país, y 12% de los años perdidos por discapacidad. Según datos de la ELPS (2013), el 16% de las personas mayores de 60 años sufre de algún problema cardíaco, y la prevalencia aumenta con la edad (Figura 8). Además, en los rangos de mayor edad, más hombres que mujeres están diagnosticados.

El cáncer es la segunda enfermedad en importancia cuando miramos la carga de AVISA entre los adultos mayores; 24% de los años de vida saludables perdidos ya sea por incapacidad o por muerte prematura son atribuibles a esta causa. Debido a que se trata de una enfermedad altamente mortal, los datos del CGE (2017) muestran que su impacto es mayor en lo que respecta a los años de vida perdidos por muerte prematura (32%) que en los años vividos con discapacidad (alrededor de 2% para la población adulta mayor). A diferencia de las enfermedades cardiovasculares, la prevalencia de esta enfermedad no presenta variaciones drásticas con la edad, y se ubica alrededor del 3%-4% entre los mayores de 60 (Figura 8).

La diabetes es otra de las enfermedades crónicas cuya tendencia creciente en los últimos años, a nivel mundial y local, es preocupante (Palloni y Mceniry 2007). En Uruguay, los datos de la ELPS (2013) muestran que alrededor del 14% de la población mayor de 60 años fue diagnosticada con esta enfermedad. A eso hay que sumarle que, según diversas estimaciones, entre el 20% y el 50% de los diabéticos de todas las edades no han sido diagnosticados (Sandoya 2016). La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013, estimó que la mitad de los diabéticos en el rango etario de 15 a 64 años desconocía su condición o estaba sin tratamiento médico; este porcentaje es considerablemente mayor en los hombres, alcanzando casi el 70% de los encuestados, frente a un 30% en el caso de las mujeres. Según el estudio CGE (2017) la diabetes es la tercera causante de años perdidos por muerte prematura y la cuarta causante de años vividos con discapacidad. La diabetes está altamente correlacionada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, problemas renales, pérdida de visión, problemas de circulación, y neuropatía en los nervios y extremidades que pueden llegar a terminar incluso en la amputación de manos y pies, por lo que potencialmente puede causar discapacidad y dependencia.

La presencia de condiciones musculoesqueléticas (como la artritis, el reuma, la osteoporosis, y los dolores de espalda y de columna) también es elevada entre los entrevistados por la ELPS. Se observa un importante gradiente etario, en particular en el caso del reuma y de la artritis (Figura 8). Es de destacar que, si bien estas enfermedades no presentan un alto grado de mortalidad debido a su condición debilitante, es esperable que las mismas tengan un importante impacto en la calidad de vida de las personas y en su capacidad para desarrollar las actividades diarias de forma autónoma. En efecto, aun cuando sólo representan el 7% del total de la carga de enfermedades entre los mayores de 60 años, las mismas son responsables del 23% de los años perdidos por concepto de discapacidad dentro de este grupo de edad.

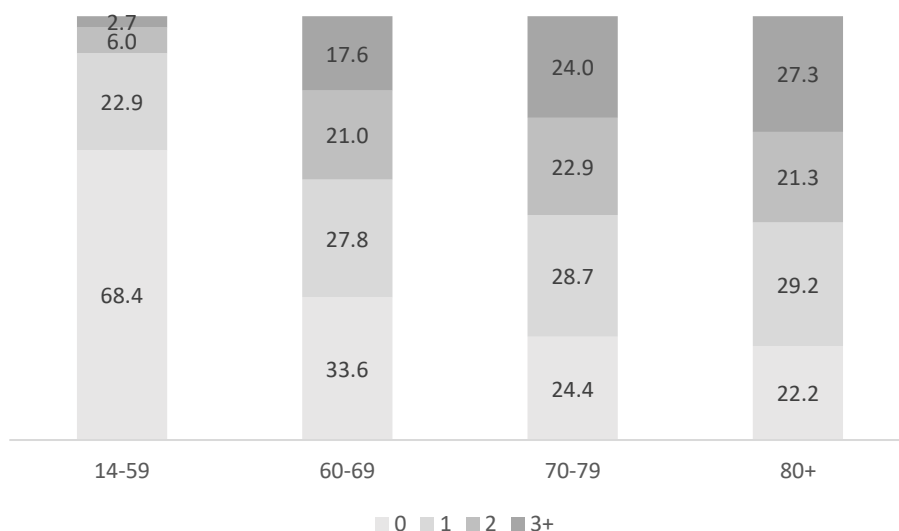
De acuerdo con los datos del CGE, las enfermedades neurológicas son la quinta causa de muerte prematura entre los mayores de 60 años y la sexta causa de discapacidad. No se conoce su prevalencia en Uruguay, aunque existen estimaciones que la ubican en 10% entre las personas mayores de 65 años (MSP, Programa del Adulto Mayor, citado en SIVE 2015). Además de causar la muerte, las enfermedades neurológicas tienen un impacto altísimo en la capacidad de las personas para llevar una vida autónoma. Existen pocos datos para realizar análisis más detallados sobre la prevalencia de enfermedades neurológicas y cómo se relaciona con la dependencia. A pesar de ser información fundamental, las enfermedades neurológicas no están incluidas en la lista de enfermedades consideradas en la ELPS, y tampoco encontramos

referencia a las mismas en el último informe de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Salud Pública en 2016.

Al deterioro cognitivo se le suman los trastornos afectivos y psicológicos, que también pueden desencadenar dependencia. Se estima que la depresión, por ejemplo, que en la vejez se asocia a la pérdida de funciones orgánicas y cognitivas, alcanza al 10% de la población adulta mayor, siendo su prevalencia aun mayor entre la población institucionalizada u hospitalizada, pudiendo alcanzar hasta un 35% (MSP, Programa del Adulto Mayor, citado en SIVE 2015).

A medida que las personas envejecen, se suelen observar cuadros clínicos complejos, en los que es normal que coexistan varias enfermedades al mismo tiempo, una condición conocida como multimorbilidad, y que tiene importantes consecuencias en lo que respecta a la calidad de vida y la independencia funcional de los adultos mayores (Marengoni et al. 2011). De acuerdo con los datos de la ELPS, sólo 9% de las personas menores de 14-59 años presentan multimorbilidad, mientras que dicha condición es de 43% entre las personas de 60 años y más (Figura 9).

Figura 9. Presencia de multimorbilidad por grupo de edad (% de la población diagnosticada con 0, 1, 2, o 3+ enfermedades)



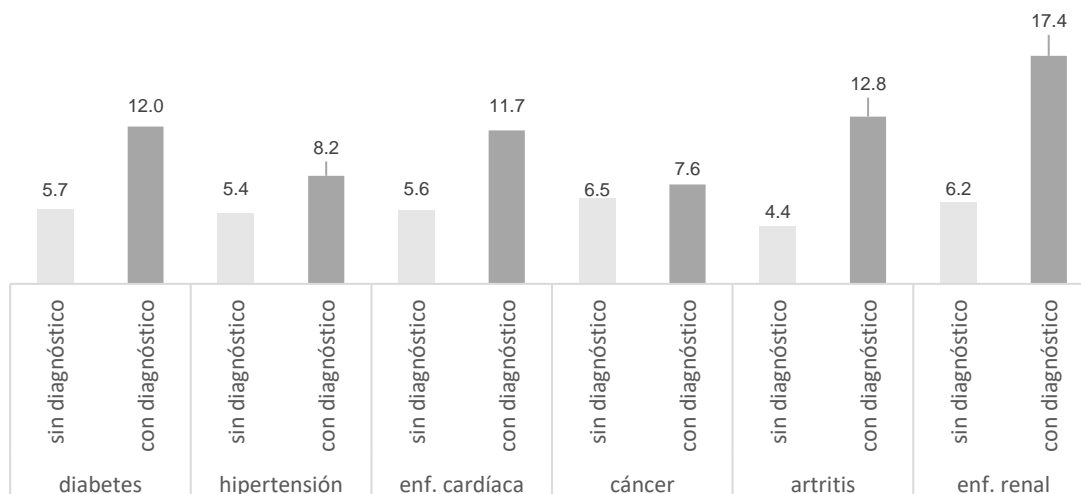
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Relación entre enfermedades crónicas y dependencia

El padecimiento de enfermedades crónicas puede desencadenar discapacidad y afectar la capacidad de las personas de llevar una vida autónoma. Una persona que padece una enfermedad crónica por un tiempo prolongado es más propensa a desarrollar dependencia funcional. El 15% de los mayores de 60 años que fueron diagnosticados con alguna enfermedad crónica reporta dificultades para realizar por lo menos una actividad de la vida diaria (8% en las básicas, y 14% en el caso de las instrumentales) (ELPS 2013). Entre quienes no presentan ninguna enfermedad, la cifra cae a 3%. La Figura 10 muestra la proporción de individuos mayores de 60 años con dependencia funcional moderada o grave, según la presencia de determinadas enfermedades crónicas. Comparando la población diagnosticada con la población sin diagnosticar, se observa que, en todos los casos, la proporción de personas dependientes es

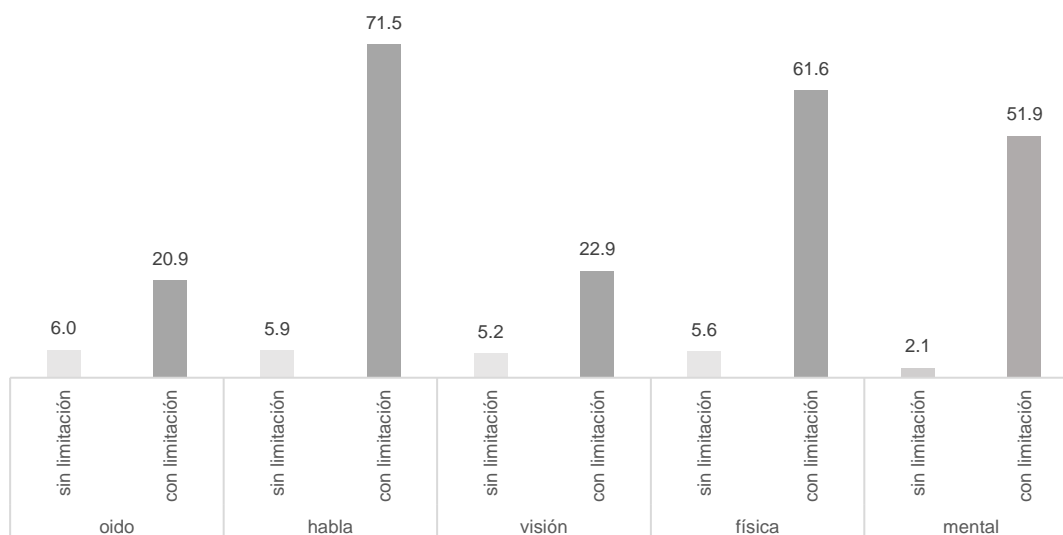
mayor entre quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad que entre aquellos que no. Las enfermedades musculoesqueléticas (artritis, reuma, y problemas de columna), son las que más parecen afectar la capacidad de las personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma autónoma, seguidas por la diabetes y los problemas cardíacos.

Figura 10. Proporción de personas con dependencia funcional moderada/grave, según diagnóstico de enfermedades crónicas (60 años y más)



Nota: El universo de análisis son las personas mayores de 60 años que presentan dependencia moderada o grave.
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Figura 11. Proporción de personas con dependencia moderada/grave, según presencia de limitaciones (60 años y más)



Nota: El universo de análisis son las personas mayores de 60 años que presentan dependencia moderada o grave.
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

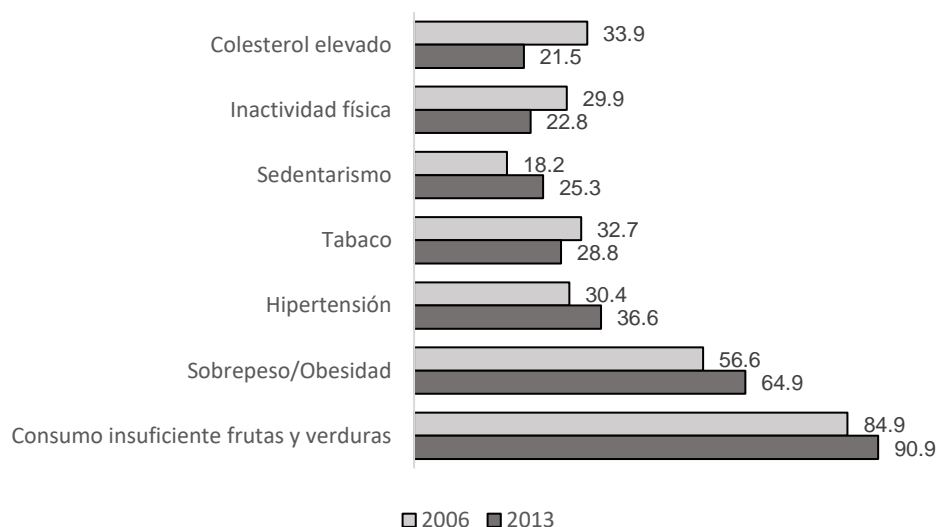
En cuanto a la discapacidad, las deficiencias mentales, limitaciones para movilizar brazos y piernas, y las dificultades en el habla, son las que más efecto negativo tienen en la capacidad de las personas para realizar sus actividades diarias en forma autónoma. Entre los mayores de

60 años, un 51.9% de quienes tienen alguna deficiencia mental reporta dificultades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, comparado con sólo un 2.1% de las personas sin esta deficiencia. Diferencias similares se observan en el caso de las personas con limitaciones físicas para mover brazos y piernas, y limitaciones en el habla; en el caso de las limitaciones auditivas y de la visión, las diferencias son menores, pero persisten (Figura 11).

Factores de riesgo

Además del avance de la edad, existen factores de riesgo –conductuales, ambientales, y biológicos– que influyen en la probabilidad de desarrollar enfermedades y lesiones, especialmente, enfermedades crónicas. Hábitos de vida nocivos, como el consumo de tabaco y alcohol, una alimentación no saludable y el sedentarismo, están entre los principales factores detrás del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en el mundo, al influir en los niveles de obesidad, colesterol y azúcar en sangre, e hipertensión arterial, entre otros. Uruguay no es la excepción.

Figura 12. Factores de riesgo de enfermedades crónicas entre la población de 15 a 64 años, 2006 y 2013



Fuente: Elaboración de las autoras con base en MSP (2013).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) levantada en 2006 y en 2013, ha identificado que, aunque la prevalencia de algunos factores de riesgo en la población uruguaya ha disminuido en los últimos años, hay otros que han aumentado. Concretamente, la prevalencia de hipertensión, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, y la mala alimentación empeoraron⁸, mientras que los niveles de consumo de tabaco, la falta de actividad física, y los niveles de colesterol han disminuido (MSP 2013). A pesar de que el descenso de los factores de riesgo es una buena noticia, los valores continúan siendo elevados y por lo tanto permanece el reto de disminuirlos. En la Figura 12 se muestra la evolución de la prevalencia de los principales factores de riesgo.

⁸ Sedentarismo se define como el hecho de estar más de 7 horas al día sentado o recostado; un nivel de actividad física inadecuado se define como menor a 150 minutos por semana de actividad física de intensidad moderada.

Los resultados de la encuesta indican que la población adulta tiene un elevado riesgo de contraer enfermedades crónicas. Cerca del 37% de la población de 15 a 64 años presenta un nivel de riesgo alto para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, definido como la presencia de tres o más factores de riesgo en forma simultánea⁹. Si bien no existen datos para las personas mayores de 64 años, las cifras permiten dar una idea de las condiciones en las que las personas adultas alcanzarán su vejez, de no existir cambios de hábitos. Si la tendencia continúa, a las necesidades de cuidados provenientes del envejecimiento de la población, se le deberán sumar las presiones impuestas por el aumento de la dependencia asociado a una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles a edades avanzadas.

1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor

Es necesario analizar las características socioeconómicas de la población uruguaya, en especial, la de los adultos mayores, ya que las mismas son importantes para evaluar la capacidad, tanto de satisfacer las necesidades de apoyo de largo plazo en forma autónoma dentro de la familia, como de comprar los servicios privados ofrecidos en el mercado. Además, las características socioeconómicas suelen ser utilizadas como criterios para focalizar el acceso a los servicios y prestaciones que ofrece el Estado.

Alrededor del 60% de la población mayor de 60 años en Uruguay es de sexo femenino; esta proporción sube a 70% entre los que sobrepasan los 80 años (Naciones Unidas 2017). La evolución diferencial de los indicadores demográficos y de salud en el caso de hombres y mujeres, determinan lo que se conoce como “feminización de la vejez”, refiriéndose al hecho de que la proporción de mujeres en la población aumenta a medida que nos acercamos a edades más avanzadas. Dado el papel preponderante de las mujeres en lo que tiene que ver con las tareas de cuidados (ver Sección 3), la dimensión de género es un tema a tener especialmente en cuenta en el análisis de la dependencia y los cuidados de la población adulto mayor.

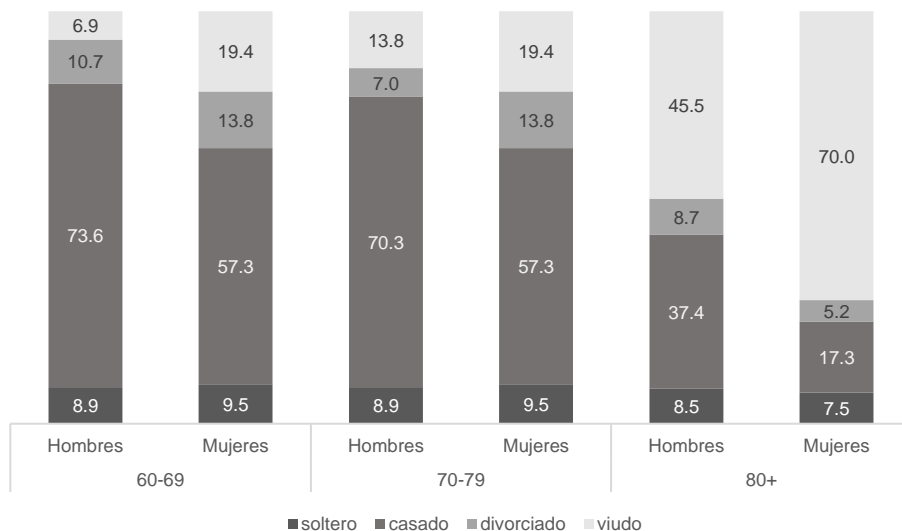
Con respecto al estado civil, más de la mitad de los individuos de 60 años o más está casado o en unión concubinaria, y casi el 30% es viudo. A medida que se avanza en edad aumenta la proporción de personas viudas, en particular, entre las mujeres. Esto se debe, por un lado, a la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación con los hombres y, por otro, a que los hombres son más propensos a conformar una nueva pareja al quedar viudos. Las tendencias se mantienen en la población dependiente: entre los hombres mayores de 60 años con dificultades para la realización de al menos una actividad de la vida diaria, un 63% es casado y un 18% viudo, mientras que en el caso de las mujeres estas cifras son de 29% y 54%, respectivamente. Entre los mayores de 80 dependientes, un 69% de los hombres son casados y un 33% viudos; en comparación, para el mismo rango de edad, sólo un 15% de las mujeres dependientes son casadas y un 71% son viudas. La Figura 13 muestra la distribución del estado civil entre los adultos mayores en Uruguay, para la población no dependiente en el Panel A y para la población dependiente en el Panel B.

Respecto al lugar de residencia, el 85% de la población mayor de 60 años vive en localidades urbanas, cifra que no muestra diferencias cuando se compara con el total poblacional (BID 2015). Esto estaría hablando de una población adulta mayor que, en principio, cuenta con el mismo grado de acceso a los servicios de salud y de apoyo que el total de la población.

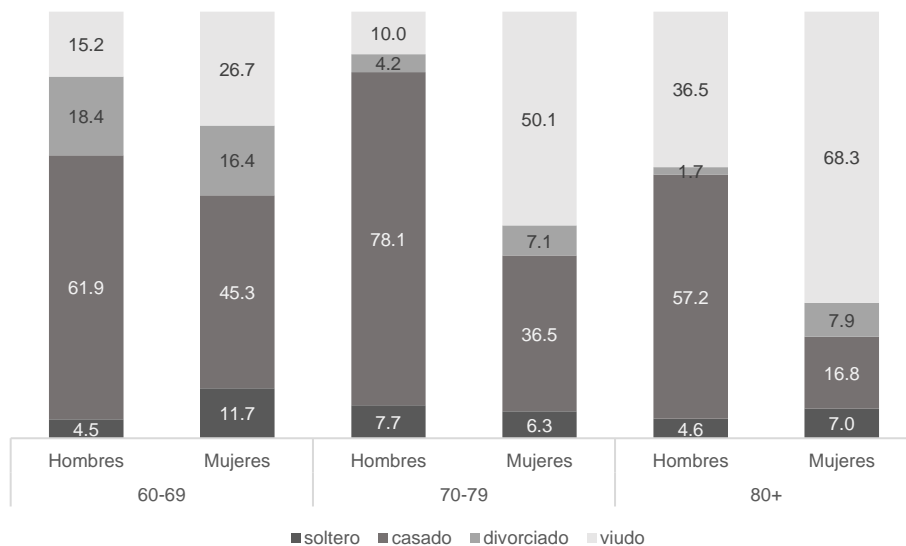
⁹ Los factores de riesgo considerados para el cálculo son: (1) ser fumador diario, (2) consumo menor a 5 porciones de frutas/vegetales por día, (3) bajo nivel de actividad física, (4) sobrepeso u obesidad, (5) presión arterial elevada o en tratamiento por hipertensión arterial.

Figura 13. Estado civil de la población adulta mayor en Uruguay, por rango de edad, sexo, y condición de dependencia funcional (%)

Panel A: Población sin dependencia funcional



Panel B: Población con dependencia funcional



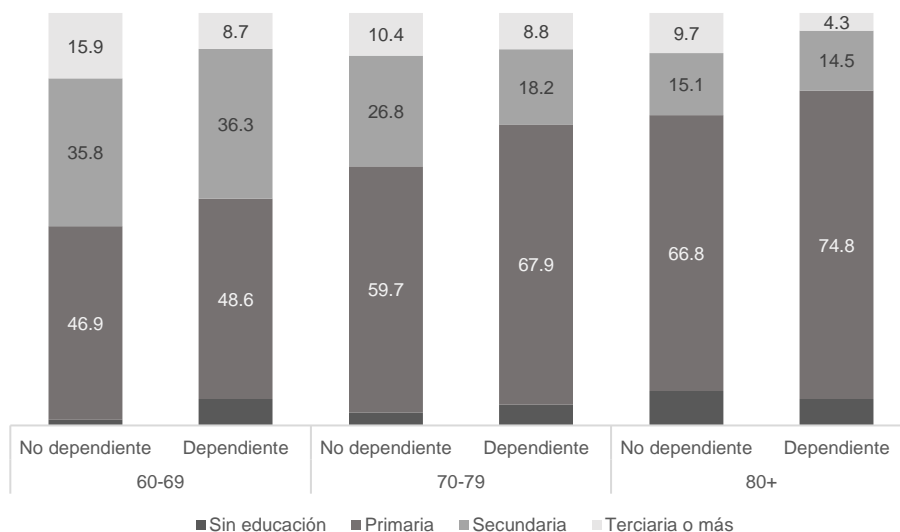
Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

El nivel educativo promedio de las personas mayores es algo menor que el nivel del total de la población. Según los datos de la ELPS (2013), un 59% de la población mayor de 60 años alcanzó un nivel educativo máximo de primaria completa, un 28% completó la secundaria, y un 12% tiene educación terciaria o superior. Entre los mayores de 80 años, el 77% alcanzó un nivel máximo de primaria, un 15% secundaria, y un 8% tiene nivel terciario o más.

Como se observa en la Figura 14, entre quienes presentan algún grado de dificultad en las actividades de la vida diaria, se observa un nivel educativo algo menor que en entre los no

dependientes, observándose también un aumento en el nivel educativo entre las generaciones más jóvenes.

Figura 14. Nivel educativo de la población adulta mayor en Uruguay, por nivel de dependencia funcional (%)



Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Los datos de la ELPS (2013) muestran que un 18% de las personas mayores de 60 años trabajan en Uruguay; este porcentaje es mayor para los hombres (26%) que para las mujeres (13%). Las cifras son consistentes con lo que resulta de las Encuestas Continuas de Hogares elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística, según las cuales el 16% de las personas mayores se encontraban en actividad en el año 2014.

El hecho de que una persona continúe en el mercado laboral pasada su edad de jubilación (60 años, en el caso de Uruguay), puede ser una forma voluntaria de mantenerse activa, pero también puede deberse a razones económicas, lo que se conoce como “retiro oculto”. Los datos presentados en SIVE (2015) confirman que, en efecto, esta situación parecería afectar al menos a una parte de las personas mayores en Uruguay. El reporte muestra que las personas mayores pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos son las que tienen mayores probabilidades de seguir trabajando pasada la edad jubilatoria. Del análisis de los datos de la ELPS (2013), surge que 21% de los mayores de 60 años ha continuado trabajando, aun luego de jubilarse o pensionarse; dentro de ellos, el 67% esgrimió motivos económicos para tomar esta decisión.

Entre los mayores de 60 que no trabajan, 73% está jubilado, 8% declara tener alguna enfermedad o discapacidad que le impide trabajar, 5% se dedica a las tareas domésticas, y 1.5% no trabaja por dedicarse a tareas de cuidados (no existen datos sobre el número de personas que cuidan ni la edad de dichas personas). Las razones para no trabajar varían con el género del entrevistado (ver Tabla 5). Una mayor proporción de mujeres manifiestan dedicarse a tareas no remuneradas, como los quehaceres domésticos o los cuidados. Destaca la alta proporción de mujeres que no trabaja por razones de enfermedad.

Tabla 5. Razones para no trabajar entre población mayor de 60, por sexo (%)

	Jubilado	Quehaceres domésticos	Cuidados	Enfermedad	Otros
Hombres	90.2	0.5	0.3	4.4	4.6
Mujeres	62.9	9.1	2.3	10.6	15.2
Total	73.0	5.9	1.6	8.3	11.3

Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Uruguay cuenta con un sistema de seguridad social de amplia cobertura: 88% de los mayores de 60 años que no están trabajando reciben una pensión, ya sea contributiva o no contributiva. Sin embargo, su valor promedio es relativamente bajo según los últimos datos del Banco de Previsión Social (BPS 2017). En 2016, el valor promedio de la jubilación contributiva fue de 18 mil 024 pesos uruguayos mensuales (USD 600¹⁰), mientras que el valor promedio de las pensiones no contributivas por vejez e invalidez fue de 8 mil 252 pesos uruguayos (USD 280). Como referencia, según datos del Instituto Nacional de Estadística, la canasta básica de consumo en Montevideo en la misma fecha ascendió a 11 mil 626 pesos uruguayos (USD 400), siendo algo menor para el resto de los departamentos (USD 250 en localidades urbanas y USD 170 en localidades rurales).

La cobertura de salud es prácticamente universal. Oreggioni (2012), estima que sólo 2.6% de la población no está cubierta por algún servicio de salud. Los datos de la ELPS (2013) confirman esta cifra, y no muestran diferencias por tramos de edad ni por género. Entre los mayores de 60 años, una tercera parte se atiende en salud pública, 60% lo hace en el sistema mutual¹¹, mientras que un 1.5% tiene contratado un seguro privado de salud; el resto se distribuye entre Sanidad Militar, Sanidad Policial, y otros.

Como consecuencia de los niveles de cobertura de la seguridad social, el país presenta bajos niveles de pobreza entre la población adulta mayor. Según los datos de las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe (BID 2018) en 2015 la pobreza entre las personas mayores de 60 años en Uruguay alcanzaba el 1.3%, cifra comparativamente menor a la correspondiente al resto de la población, que llegaba al 8%. Sin embargo, 17% de los adultos mayores se encontraba en condiciones de vulnerabilidad económica, esto es, presentaba riesgo de caer en una situación de pobreza.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, la mayor parte de los adultos mayores habitan en viviendas que tienen acceso a servicios básicos, la cobertura de saneamiento y electricidad es prácticamente universal. El tipo más común de tenencia de la vivienda es la propiedad, cuatro de cada cinco de los adultos mayores que son jefes de hogar o el cónyuge del jefe son propietarios de la vivienda.

Finalmente, los arreglos residenciales en la vejez son un determinante fundamental de la red de personas cercanas al adulto mayor y por lo tanto de la capacidad de recibir apoyo no remunerado de parte de familiares y amigos. Más de la mitad de las personas mayores viven solas o en pareja

¹⁰ El tipo de cambio de referencia es el publicado por el Banco Central de Uruguay a la fecha de cotización indicada. El mismo se encuentra disponible en <http://www.bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Paginas/Cotizaciones.aspx>

¹¹ Las Mutualistas o Instituciones de Asistencia Médica Colectiva son instituciones de salud prepagas. En el caso de los trabajadores dependientes, existe obligación por parte de los empleadores de afiliar a su fuerza de trabajo a una mutualista, financiando el pago entre trabajadores y empleadores. Los trabajadores independientes también tienen obligación de aportar al Sistema. Las personas retiradas también tienen derecho a la atención en estas instituciones, como parte de sus prestaciones.

sin hijos, un porcentaje considerablemente más alto que el resto de los países de la región (Monteiro y Paredes 2016) (ver Tabla 6).

El porcentaje de mujeres en hogares unipersonales (32%) es considerablemente mayor al de los hombres (17.5%). La mayor esperanza de vida de las mujeres, unida a una mayor tendencia en los hombres de reconstituir su pareja una vez enviudados, son posibles explicaciones detrás de este fenómeno (Paredes et al. 2010 y Rodríguez y Rossel 2009, citado en Monteiro y Paredes 2016). El porcentaje de personas que viven en hogares con hijos u hogares extendidos es mayor en el caso de las personas con dependencia, mientras que desciende el número de hogares unipersonales o biparentales sin hijos (ver Tabla 6).

Tabla 6. Arreglos residenciales entre la población mayor a 65 años, por sexo y condición de dependencia funcional

	Hombre	Mujer	Total	Población con dependencia*
Unipersonal	17.5	32.0	26.2	24.4
Biparental con hijos	14.4	5.2	8.8	10.3
Biparental sin hijos	46.3	23.4	32.5	24.2
Monoparental	2.9	10.8	7.7	10.1
Extendido compuesto	15	21	18.6	24.1
Sin núcleo conyugal	3.9	7.6	6.1	6.8

Nota: (*) Ambos sexos

Fuente: Banco de Previsión Social (2013)

Monteiro y Paredes (2016) encuentran que en los quintiles de ingresos más bajos es más probable que las personas mayores vivan con sus hijos o en otras configuraciones de hogares extendidos, como estrategia para hacer frente a los costos económicos de la vivienda. Si bien los autores no analizan los datos de acuerdo al nivel de dependencia, es de suponer que la estrategia de vivir con hijos o en hogares extendidos sea un mecanismo para evitar o atenuar los gastos asociados a servicios formales de cuidados, incluyendo la contratación de un asistente personal o el pago de residenciales.

En síntesis, el análisis de esta sección pone en evidencia los desafíos que enfrenta el país en materia de servicios de apoyo para las personas con dependencia, debido no sólo a presiones demográficas, sino también epidemiológicas. Se estima que hay alrededor de 60 mil personas de 60 años y más en situación de dependencia funcional permanente. Sólo debido al envejecimiento de la población (es decir suponiendo que la tasa de dependencia se mantiene), en 2030 este número aumentará a 70 mil. Si la tasa de dependencia aumenta como consecuencia de una mayor presencia de enfermedades crónicas, este número podría ser mayor. Todo esto se da en un contexto de reducción del apoyo o la ayuda informal, debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a la disminución del tamaño de los hogares. En las secciones siguientes analizamos cómo el país resuelve estas necesidades crecientes de cuidados, ya sea a través de la ayuda informal provista por la familia, por medio de la intervención directa del gobierno, o a través de la acción del mercado.

Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia

En un contexto de contracción de la oferta informal, la intervención del gobierno se vuelve necesaria para garantizar que todos aquellos que lo necesiten puedan acceder a servicios de apoyo de calidad, independientemente de sus condiciones socioeconómicas. En este sentido, cabe destacar que los costos de comprar servicios de cuidados en forma privada, y en condiciones de calidad aceptable, pueden llegar a ser demasiado altos, incluso para quienes pertenecen a estratos socioeconómicos más altos (Barr 2010). Más aún, el desarrollo de un mercado de seguros privado que cubra esta demanda tampoco es viable, debido no sólo a los problemas de selección adversa y de riesgo moral que son inherentes a todos los mercados de seguros, sino también a la incertidumbre sobre quiénes requerirán apoyo, por cuánto tiempo, y el costo de los mismos (op.cit). El reconocimiento de esta realidad ha impulsado el desarrollo de políticas de cuidado de largo plazo, primero en los países desarrollados y, poco a poco, en otras regiones del mundo.

Uruguay es el primer país de ALC en diseñar e implementar un sistema de cuidados que apunta a resolver las demandas de distintas poblaciones en forma integral y sistémica. La creación del sistema, con sus políticas destinadas a resolver la demanda de cuidados de los adultos mayores, puede verse como parte de un proceso que se inició en el año 2004, con la aprobación de la Ley 17,796 de Promoción Integral de los Adultos Mayores y, poco después, en 2009, con la promulgación de la Ley 18,617 que crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Con estas leyes, Uruguay crea un marco de derechos para el adulto mayor, y una institucionalidad que los representa.

En el primer y segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (MIDES 2012b, 2016), elaborados por INMAYORES, se plantean los ejes estratégicos necesarios para asegurar una vejez digna, y se presentan las líneas de acción para alcanzarlos. El derecho a los cuidados, junto a la creación de un sistema integral que los garanticen, se presentan como ejes fundamentales de la política.

En la sección que sigue describiremos el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, haciendo énfasis en las prestaciones destinadas a los adultos mayores dependientes y sus cuidadores. Al final de la sección presentaremos otros programas públicos destinados a fomentar la salud y autonomía de los adultos mayores que, si bien no se encuentran en la órbita del SNIC, pueden ser vistos como parte fundamental de un conjunto de políticas tendientes a minimizar las necesidades de cuidados de la población adulta mayor, mediante la promoción de su independencia funcional, estímulos cognitivos, e integración social. También analizaremos las políticas y servicios destinados a brindar apoyo a la población con discapacidad, independientemente de su edad, ya que la misma constituye un grupo de importancia al momento de definir las necesidades totales de este tipo de servicios.

2.1 Sistema Nacional Integrado de Cuidados

Con la aprobación de la Ley 19,353 de diciembre de 2015, se crea en Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). El SNIC se concibe como un conjunto de políticas integrales en el área de los cuidados a la dependencia, que incluye prestaciones totalmente nuevas, así como la coordinación, consolidación y expansión de algunos servicios ya existentes.

Con esta ley, el Estado incorpora el tema de los cuidados a la dependencia a la agenda pública y asume la responsabilidad de participar activamente en el diseño de soluciones que intenten dar

respuesta a los desafíos que los cambios demográficos y sociales imponen. El sistema se propone, además, reducir las desigualdades sociales que aparecen como consecuencia de la injusta división del trabajo que asigna la responsabilidad de los cuidados mayormente a las mujeres, como parte de su rol de género tradicional, desvalorizándolo y volviéndolo invisible a los ojos de la sociedad (Sistema de Cuidados 2015).

En este sentido, el objetivo expreso del sistema es “garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres” (Sistema de Cuidados 2015, p. 11).

El SNIC se concibe como un sistema universal, que busca ampliar al máximo posible la cobertura de las poblaciones con necesidades de cuidados, a través de distintos instrumentos. Se plantean cuatro poblaciones objetivo: los niños menores de 12 años, las personas con discapacidad, los adultos mayores en situación de dependencia, y los cuidadores. Atendiendo a razones presupuestales, para cada una de estas poblaciones se establecen grupos de prioridad con base en la edad y el grado de dependencia de la persona (ver Sección 2.1.2).

A continuación, describiremos brevemente el sistema, su organización institucional, la población objetivo, y las prestaciones pensadas para la población con discapacidad, la población adulta dependiente y sus cuidadores. No ahondaremos en las prestaciones dirigidas a la primera infancia, por encontrarse fuera del objetivo de esta serie de estudios de caso¹².

Organización institucional del SNIC

El SNIC se concibe como un sistema interinstitucional, con múltiples actores intervinientes a nivel del gobierno central, gobiernos departamentales, actores privados, y organizaciones de la sociedad civil. El sistema se encuentra bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, y funciona en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura (SNIC 2015).

El ámbito de mayor jerarquía del sistema es un órgano interinstitucional, la Junta Nacional de Cuidados, en el que participan representantes de cinco ministerios (Desarrollo Social, Economía y Finanzas, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública), de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Banco de Previsión Social (BPS), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y del Congreso de Intendentes. El Instituto Nacional de las Mujeres, y la Secretaría Nacional de Cuidados participan con voz, pero sin voto.

La Junta es la encargada de definir los objetivos del sistema, sus prioridades, y los lineamientos estratégicos a seguir, así como de proponer políticas al Poder Ejecutivo. En el ámbito de la Junta es que se establecen las responsabilidades entre los distintos actores, y se fijan los plazos de trabajo. También es la encargada de presentar y asesorar al Poder Ejecutivo en materia presupuestal.

¹² Para una presentación detallada de las prestaciones dirigidas a la primera infancia, ver <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/61037/1/innova.front/ninas-y-ninos-de-0-a-3-anos>

La Secretaría Nacional de Cuidados, que funciona bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, es el órgano ejecutor del sistema; como tal, tiene a su cargo la articulación, coordinación, y supervisión de las políticas de cuidados, así como la asignación de las partidas presupuestales. Dentro de la Secretaría funcionan, a su vez, las llamadas Comisiones Interinstitucionales, integradas por organismos públicos con competencias específicas en el diseño y ejecución de políticas de las distintas poblaciones objetivo.

Por último, se da participación a los trabajadores del sector, a la sociedad civil, al sector privado, y a la academia, a través del Comité Consultivo de Cuidados. El mismo tiene como objetivo asesorar a la Secretaría acerca de las mejores prácticas para implementar las políticas y alcanzar los objetivos del sistema.

Definición y evaluación de la población objetivo

La población objetivo del SNIC se define con base en tres subgrupos de prioridad: dentro de los niños, se prioriza la primera infancia; entre los adultos en situación de dependencia, se prioriza a las personas menores de 30 años y mayores de 80 en situación de dependencia severa, y a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve y moderada.

El SNIC utiliza un instrumento de medición para valorar el nivel de autonomía de los participantes potenciales. Dicho baremo se basa fuertemente en el utilizado por el sistema de atención a la dependencia español. El instrumento define como dependencia “al estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”. Se plantean tres grados de dependencia: 1) dependencia severa y total: corresponde a aquellas personas que necesitan de una tercera persona para realizar las actividades básicas, o que tienen comprometidas algunas funciones mentales básicas, como reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas; 2) dependencia moderada: personas con necesidad de ayuda de terceros para salir del hogar, realizar tareas domésticas, o con dificultades moderadas en el área de autocuidados; 3) dependencia leve: personas que necesitan ayuda de terceros para realizar determinadas actividades y que se podrían beneficiar de las prestaciones del SNIC, en función de la frecuencia y la intensidad de la ayuda que necesiten.

Para categorizar el nivel de dependencia de las personas en una de estas tres definiciones, se les realiza un conjunto de preguntas, que indagan acerca de las dificultades –y la necesidad de ayuda– para realizar 13 actividades: seis actividades básicas y siete actividades instrumentales¹³. Cada actividad es, a su vez, dividida en un número de tareas. Cada tarea y cada actividad tiene asociado un ponderador, que refleja qué tan importante es cada una de ellas en la capacidad de una persona de vivir de forma autónoma. Estos ponderadores varían de acuerdo con la edad de la persona (por ejemplo, un niño de 1 año que no puede vestirse solo no es considerado dependiente, pero sí lo sería una persona adulta), y a la existencia de limitaciones mentales o cognitivas. Además, las ponderaciones varían en función del tipo de ayuda que necesita la persona (supervisión, ayuda física parcial, sustitución total, o apoyo especial), y de la frecuencia con la que se necesite (casi nunca, algunas veces, bastantes veces, la mayoría de las veces,

¹³ Las seis ABVD consideradas son: comer y beber, higiene personal relacionada con la micción y defecación, lavarse, vestirse, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro del hogar; las siete AIVD consideradas son: realizar otros cuidados personales, mantenimiento de la salud, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas, tomar decisiones, participar en la vida comunitaria, social y civil, habilidades de comunicación y autonomía psíquica.

siempre). En la Tabla A1.1 del Anexo 1 se exponen las actividades y tareas que se consideran en el baremo.

Prestaciones del sistema para la población adulta dependiente y sus cuidadores

Dentro de las prestaciones pensadas para la población adulta mayor con dependencia funcional se incluyen subsidios para la contratación del servicio de asistentes personales y de teleasistencia, y se promueve el desarrollo de una nueva oferta de centros diurnos. Además, el SNIC se propone mejorar la calidad de los servicios de cuidados. Para ello, una de las piedras angulares del sistema es la apuesta a la profesionalización, el reconocimiento, y la valorización de las tareas de cuidados. En este sentido, se imparten cursos obligatorios (o acreditación de los conocimientos existentes) para quienes deseen desarrollarse como asistentes personales. Asimismo, se apunta a fortalecer la regulación, y fiscalización de los Centros de Larga Estadía, y fomentar las inversiones orientadas a mejorar la calidad de los servicios que proveen. En lo que sigue, describimos cada una de las políticas, las condiciones de acceso a las prestaciones y beneficios, y el rol del Estado en la prestación de los servicios.

Programa de Asistentes Personales

El Estado otorga un subsidio para la contratación de un cuidador profesional a aquellas personas con dependencia severa que sean menores de 30 o que tengan al menos 80 años. El Decreto 117/016 de abril de 2016, establece las pautas que rigen el programa. Si cumple con los requisitos en cuanto a edad y nivel de dependencia, la persona dependiente recibe un subsidio de parte del gobierno, que le permite contratar a un cuidador debidamente formado de acuerdo con los estándares del Sistema por un total de 80 horas mensuales. El monto del subsidio asciende como máximo a cubrir todos los conceptos de remuneración del asistente personal (sueldos, salario vacacional, aguinaldo, y cargas sociales), equivalente a USD 530 mensuales aproximadamente (17 mil 700 pesos uruguayos)¹⁴. En el caso en que el subsidio sea menor al 100%, la persona dependiente (o su familia) tiene que cubrir la diferencia de su bolsillo. Sin embargo, los costos asociados al despido no están incluidos y deberán correr por cuenta del beneficiario. Independientemente del nivel de subsidio recibido, el beneficiario de la prestación puede, si así lo desea, aumentar las horas semanales de la contratación, siempre que se haga cargo de los costos adicionales correspondientes.

El porcentaje de subsidio depende de la capacidad de pago de los hogares, y se determina teniendo en cuenta los ingresos del núcleo familiar y la carga de cuidado de la familia. Dicho en otras palabras, se supone que cada persona dependiente dentro del hogar representa un costo extra (que incluye, por ejemplo, la compra de medicamentos y las visitas al médico). Este costo se resta del ingreso total mensual del hogar, y al valor resultante se lo divide entre la cantidad de personas que habitan en él, para obtener un valor per cápita¹⁵. La Tabla 7 muestra los niveles de subsidio para cada franja de ingresos.

¹⁴ El subsidio se fija de acuerdo con la denominada Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC), una unidad de medida que toma en cuenta el salario mínimo nacional, el índice medio de variación de los salarios, y el índice de precios al consumo. Su valor a septiembre de 2018 era de 3 mil 848 pesos uruguayos. El subsidio máximo equivale a 4.6 BPC. <http://www.bps.gub.uy/10503/indicadores.html>

¹⁵ Actualmente, el costo ficto que representa la persona dependiente para el hogar se supone equivalente al monto de la pensión mensual por invalidez que paga el Estado (Matus Lopez 2017).

Tabla 7. Niveles de subsidios de acuerdo a ingreso del núcleo familiar para el programa de asistentes personales

Nivel de ingresos per cápita del grupo familiar*	Subsidio en %	Subsidio en USD*
Hasta USD 350	100%	530
De USD 350 a USD 700	67%	355
De USD 700 a USD 1 mil 280	33%	175
Más de USD 1 mil 280	0%	0

Nota: *Valores a septiembre de 2018, expresados en su forma original en términos de BPC. Valores a septiembre de 2018. El ingreso del grupo de familiar con base en el cual se calcula el subsidio se fija en términos de BPC (ver nota 14), siendo los rangos los siguientes: hasta 3 BPC corresponde 100% del subsidio, de 3 a 6 BPC corresponde el 67% del subsidio, de 6 a 11 BPC corresponde al 33% del subsidio, y cuando el ingreso del grupo familiar es mayor a 11 BPC, no corresponde subsidio.

Fuente: Decreto 117/016, Ministerio de Desarrollo Social, <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61859/1/16.04.25--decreto-117.016--ap.pdf>

El asistente personal puede ser contratado a nivel personal o a través de una empresa suministradora de servicios de cuidados habilitada. No se permite contratar a quienes tengan una relación de consanguinidad de hasta cuarto grado, o hasta segundo grado de afinidad¹⁶. De esta forma, se busca impulsar la formalización del trabajo de brindar cuidados.

Cabe destacar que, para evitar hacer una transferencia de dinero directamente a la persona dependiente o a su familia, el gobierno optó por hacer uso de lo que se conoce como “cesión de derechos de pago”. A través de este instrumento jurídico, el beneficiario de la prestación cede sus derechos al Banco de Previsión Social, quien se encarga de realizar el pago al asistente personal o a la empresa proveedora del servicio directamente. De esta manera se evitan los problemas asociados al posible uso indebido de los fondos.

Debe mencionarse que el programa de asistentes personales, tal como funciona en la actualidad, tiene como antecedente un proyecto piloto que comenzó en 2014, dirigido a aquellas personas que cobraban a la fecha una pensión por invalidez por incapacidad severa, cualquiera que fuera su edad. En dicho caso, la contratación del asistente personal no podía superar las 70 horas mensuales¹⁷.

Programa de teleasistencia en domicilio

Para las personas de 70 y más años que sufren de dependencia leve o moderada, el Estado subsidia la contratación de un servicio de teleasistencia en domicilio (Decreto 428/016). El mismo permite que el adulto mayor pueda avisar a un contacto de emergencia (familiar, vecinos o centro médico designado) sobre cualquier situación de emergencia en su domicilio, a través de un dispositivo electrónico como una pulsera o un collar. El Estado también se encarga de la habilitación y el registro de las empresas proveedoras de este servicio.

El monto del subsidio asciende como máximo a aproximadamente USD 30 (1 mil pesos uruguayos)¹⁸ más impuestos. Al igual que en el caso del programa de asistentes personales, el nivel de subsidio depende de la capacidad de pago del núcleo familiar, ajustado por la carga de cuidados asociada, y se corresponde con las franjas estipuladas en la Tabla 7.

¹⁶ Esto incluye a padres, hijos, hermanos, tíos, primos, cónyuges, suegros, y cuñados.

¹⁷ El programa piloto está regulado por el Decreto 214/14, disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/214-2014>

¹⁸ Equivalente a 0.26 BPC

Cabe destacar que el servicio no está pensado para aquellos que tienen dependencia severa; en el caso de que un aspirante al servicio de teleasistencia sea valorado como dependiente severo, se le sugiere aplicar al servicio de asistentes personales.

Centros de día

El SNIC ofrece acceso gratuito a centros de día en los cuales se brindan cuidados integrales que apuntan a promover la autonomía y retrasar (o, idealmente, evitar) la institucionalización a aquellas personas de 65 años o más, que sufran de dependencia leve o moderada, y que residan en sus domicilios. Dichos centros comenzaron a operar en 2018, a través de convenios entre el Estado y organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro o cooperativas. El servicio es provisto por organizaciones de la sociedad civil, mientras que los gastos de funcionamiento son cubiertos por el SNIC a través de transferencias monetarias a los centros, la organización gestora, y otras instituciones y organismos locales que estén interesadas en colaborar, mediante acuerdos que se realizan caso a caso.

Los modelos de funcionamiento de los centros son flexibles, y se adaptan a las características de cada lugar, planteándose dos modalidades de atención: hasta 20 o hasta 40 horas semanales. Los usuarios tienen el derecho a elegir cuántas veces por semana desean ir para cumplir con el total de horas. Para ingresar al centro la persona deberá, además de cumplir con los requisitos de dependencia y edad, y firmar un contrato de consentimiento a través del cual se compromete a asistir al centro determinada cantidad de horas por semana.

El monto de los fondos que se transfieren a través del SNIC depende de las características del centro, en particular, de la cantidad de horas semanales que funcione y de los cupos de los que disponga. A modo de ejemplo, para un centro de día que funcione 20 horas semanales, con capacidad para 30 cupos, el Ministerio de Desarrollo Social transfiere casi 215 mil pesos uruguayos mensualmente, aproximadamente USD 7 mil¹⁹.

El SNIC establece requisitos mínimos en lo referente a los recursos humanos: cada centro diurno debe contar con un coordinador, un tallerista, un psicólogo, un auxiliar de servicios, y un cuidador por cada ocho usuarios. Además, debe contar con cobertura de emergencia médica y proporcionar una colación al día a sus usuarios.

Otras políticas: iniciativas locales de cuidados

Para completar el despliegue territorial, se llevan adelante las denominadas Iniciativas Locales de Cuidados, cuyo objetivo es promover la participación del territorio en las políticas públicas relacionadas con los cuidados, mediante la promoción de iniciativas locales innovadoras, ejecutadas a través de organizaciones de la sociedad civil (SNIC 2018). Las iniciativas son variadas y pueden ir, por ejemplo, desde la implantación de talleres de autocuidados para los cuidadores, hasta la implementación de tecnología para disminuir la dependencia de personas con discapacidad. Cada proyecto recibe desde el SNIC un apoyo de hasta 600 mil pesos uruguayos (aproximadamente USD 20 mil)²⁰.

¹⁹ Ver, por ejemplo, Licitación Pública 38/2018, disponible en http://www.sistemadecuidados.gub.uy/101262/licitacion-publica-n%C2%BA-38_2018

²⁰ Novedades SNIC: <http://www.mides.gub.uy/94257/iniciativas-locales-de-cuidados>

Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios

Calidad de los recursos humanos: formación de cuidadores

La valorización y profesionalización de las tareas de cuidados es uno de los objetivos explícitos del SNIC desde su conformación y constituye uno de sus pilares fundamentales (MIDES 2012a). Para ello, el sistema apunta a la formación de los cuidadores. El rol del Estado abarca tres ejes: (i) formación, a través del diseño e implementación de cursos; (ii) acreditación de los cuidadores, y garantía de sus derechos laborales y de seguridad social; (iii) registro de cuidadores habilitados para trabajar (op. cit.).

Hasta antes de la puesta en marcha del SNIC, la formación en cuidados para personas mayores con dependencia era escasa, y se limitaba básicamente a los cursos impartidos por las propias empresas de acompañantes para formar sus recursos humanos, y a algunos cursos de capacitación impartidos por instituciones estatales con enfoques exclusivamente sanitarios. La formación para trabajadores dedicados al cuidado de personas con discapacidad era aún más limitada (MIDES 2014). Pugliese (2013) estima, con datos de 2006, que solamente en 20% de las instituciones todo el personal posee formación relevante al cuidado de adultos mayores (con o sin dependencia). En 64% de las instituciones, sólo una parte de los trabajadores tienen capacitación relevante y en 16% el personal no ha recibido capacitación alguna. No existen datos respecto a la capacitación del personal en residencias privadas, pero en un estudio realizado en 2015, Figueredo y Zabalegui (2015) encuentran que, de hecho, la falta de capacitación del personal es una realidad del mercado uruguayo, y muchas veces lleva a situaciones de abuso y maltrato a los adultos mayores residentes.

El SNIC busca, no sólo ampliar la oferta de formación, sino también mejorar la calidad de la misma, a través del diseño de un programa curricular homogéneo que tenga en cuenta tanto los aspectos sanitarios del cuidado como los aspectos psicosociales. Además, se apunta a la especialización de las capacidades de acuerdo con la población objeto de cuidado (niños y adultos con discapacidad, y adultos mayores).

El Ministerio de Educación y Cultura es el responsable de habilitar a aquellas instituciones que estén interesadas en brindar cursos de formación. A diciembre de 2017, había 20 entidades de capacitación para la atención a la dependencia habilitadas, 11 en Montevideo y 9 en el resto de los departamentos, financiadas por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) (SNIC 2018). A esa fecha, se habían finalizado 41 cursos y estaban siendo dictados 19 más. Para 2018, se prevé que la oferta de formación aumente en forma considerable, ya que se espera que se dicten 97 cursos, de los cuales 87 estarán a cargo de INEFOP y 10 estarán a cargo de la Universidad del Trabajo de Uruguay (UTU), que a partir de marzo de 2018 pasará a formar parte de las instituciones habilitadas (SNIC 2018).

Los cursos de formación tienen una duración de 152 horas, de las cuales, 90 son horas teóricas, y el resto se divide entre cursos de nivelación, prácticas formativas, y proyectos ocupacionales que pueden realizarse en cualquiera de los servicios ASSE²¹ del país (SNIC 2017). Para aquellas personas que ya habían recibido capacitación formal en cuidados, se acordó un proceso de validación de competencias, que puede ser total o parcial; en este último caso, se deben tomar cursos complementarios para finalizar la formación. Además, está previsto que aquellas personas que cuenten con una antigüedad laboral de más de cinco años en el sector, puedan

²¹ Administración de Servicios de Salud del Estado.

quedar habilitadas como cuidadores del SNIC, previo proceso de certificación de competencias. En 2018 se pondrá en marcha este proceso con un cupo inicial de 150 personas.

Los cuidadores que hayan realizado el curso o que cuenten con la certificación de conocimientos correspondientes, pasan a formar parte del Registro de Asistentes Personales del Banco de Previsión Social, quedando así habilitados para ser contratados dentro del programa de asistentes personales del SNIC. El Decreto 117/016, por el cual se crea la figura del asistente personal, estableció un plazo de 18 meses (hasta octubre de 2017) para la formación, tiempo durante el cual los aspirantes a asistentes personales que no contaran con el certificado habilitante, podrían registrarse en forma excepcional y provisoria en el registro de asistentes personales del Banco de Previsión Social. Sin embargo, ante la incapacidad de la oferta de formación para cubrir la demanda (ver Sección 5), en octubre de 2017 se aprobó una prórroga de un año para la certificación de la formación, aplicable a aquellos asistentes personales que, o bien ya tuvieran un vínculo laboral activo con un usuario del SNIC, o se hubiesen inscrito para los cursos de formación dictados por el SNIC, o se encontrasen en condiciones de validar sus conocimientos (Resolución 307/017). A partir de vencida la prórroga (en octubre de 2018), se planea que la formación sea obligatoria para todo aquel que desee desempeñarse como cuidador habilitado por el SNIC.

Centros de larga estadía

Pese a los esfuerzos que se están llevando a cabo en la materia, la calidad de los servicios de larga estadía en Uruguay es aun deficiente. La gran mayoría de las residencias establecidas en el país no están habilitadas para operar: según los últimos datos del Ministerio de Desarrollo Social²², solamente 2% de los más de mil establecimientos que existen en el país están autorizados, y poco más del 10% se encuentra en proceso de habilitación.

La habilitación y fiscalización de las residencias de larga estadía es, a partir de 2014, responsabilidad conjunta del Ministerio de Salud Pública, que asegura la calidad de los centros con base en criterios geriátricos-gerontológicos, y del Ministerio de Desarrollo Social, que se encarga de regular y fiscalizar los hogares y casas de salud en materia social. Esto presupone un cambio de enfoque respecto a la situación anterior, cuando la responsabilidad recaía exclusivamente en manos del Ministerio de Salud Pública y, por lo tanto, las instituciones eran evaluadas solamente desde el punto de vista sanitario.

En noviembre de 2016 las instituciones de larga estadía pasan a formar parte de la órbita del SNIC²³. Con el objetivo de establecer estándares mínimos de calidad, la normativa determina los requisitos que deben cumplir las residencias para contar con la habilitación correspondiente. Se regulan aspectos relacionados con la planta física del establecimiento, los servicios que deben prestarse (como alimentación, vestimenta, e higiene), los derechos de los usuarios, y el rol social de los centros en cuanto a la promoción y el fomento de la autonomía de los adultos mayores, así como su participación en sociedad. Cada institución debe contar con un profesional social y los cuidadores deben haber realizado el curso básico de atención a la dependencia habilitado por el SNIC, o contar con la certificación de competencias emitidas por la autoridad competente. Se prevé que la formación de los recursos humanos pueda hacerse en forma progresiva, estableciéndose un plazo de cuatro años (que se cumplen a fines de 2020) para que la totalidad de los cuidadores que trabajan en una institución cuenten con la habilitación correspondiente.

²² <http://inmayores.mides.gub.uy/99097/listado-de-establecimientos-habilitados-y-en-proceso-de-habilitacion>

²³ Decreto 356/016.

El control y la fiscalización de los establecimientos se realizará mediante visitas programadas, por cualquiera de los dos Ministerios responsables, previéndose sanciones a aquellos establecimientos que no cumplan con la reglamentación. La intensidad de la sanción dependerá de la falta cometida, y puede ir desde la observación a la clausura definitiva del local.

Como parte de la apuesta a la mejora en la calidad de las instituciones de largo plazo, en 2018, el SNIC puso en marcha el programa Cuidados+Calidad, a través del cual se otorgan créditos a las instituciones que, como parte del proceso de habilitación, quieran invertir en infraestructura, equipamiento o mobiliario, y/o en formación y capacitación de los recursos humanos. Estos créditos no podrán superar los 550 mil pesos uruguayos (USD 17 mil), de los cuales, no más de 50 mil pesos (USD 1 mil 500) podrán dedicarse a la formación de recursos humanos (SNIC 2018). Al momento de escribir este reporte, no había aun ningún crédito asignado como parte de este programa.

El sistema también prevé utilizar transferencias económicas a establecimientos de larga estadía, para atender a las personas que requieren ser reubicadas debido a la clausura de centros que no cumplan con los mínimos requisitos de calidad exigidos. Esta prestación está pensada para personas de 65 años o más, con dependencia moderada o severa, y en condiciones de vulnerabilidad económica. La misma aún no está funcionando.

Financiamiento y presupuesto del SNIC

El sistema se financia, en su mayor parte, a través de rentas generales. Los copagos que realizan los usuarios para hacer uso de algunas prestaciones (como es el caso de asistentes personales o teleasistencia), se destinan a cubrir el subsidio de aquellos que no están en condiciones de pagar el servicio, por lo que se entiende que el sistema se rige por el principio de solidaridad en su financiamiento (SNIC 2015).

En la etapa de diseño del sistema, se estimó que hacia el 2020 el SNIC cubriría el 60% de los dependientes severos (SNIC 2015). Matus (2017) estima que de estar completamente implementado, con la cobertura deseada, el sistema representaría 0.19% del PIB (a valores de 2017). Sin embargo, debido a recortes presupuestales, el monto destinado al sistema fue considerablemente menor. El último informe anual del SNIC, al cierre de 2017, muestra que el presupuesto ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social²⁴ en relación con el sistema ascendió a 0.02% del PIB en 2016 y a 0.04% en 2017, resultando en un monto de aproximadamente 30 millones de dólares en dos años de funcionamiento (SNIC 2018). Esta cifra es casi 5 veces menos a lo que Matus (2017) estima necesario para alcanzar la cobertura de 60%. En la Tabla 8 se muestra el desglose de los gastos de acuerdo con las distintas prestaciones del sistema. Como se puede observar, el programa de asistentes personales da cuenta de aproximadamente 70% de lo ejecutado.

²⁴ No considera las partidas que se ejecutan a través de INAU y ANEP, que juntas llegan a casi 53 millones de USD durante lo que va de funcionamiento del Sistema.

Tabla 8: Partidas presupuestarias MIDES –SNIC, 2016 y 2017

Descripción proyecto	2016		2017	
	Crédito (miles de USD)	Ejecución (%)	Crédito (miles de USD)	Ejecución (%)
Funcionamiento	63	97	94	30
Igualdad de género	31	0	31	0
Becas inclusión socioeducativa	906	99	2,156	30
Asistentes personales*	4,563	100	16,969	100
Teleasistencia*	0	0	1,281	33
Apoyo permanente* cuidado	469	0	1,250	0
Fortalecimiento capacidades institucionales	3,344	64	2,938	76
Centros diurnos para dependencia *	0	0	1,344	0
CAIF – Primera infancia	344	87	0	0
Fortalecimiento capacidades desarrollo SNIC	719	93	0	0
Inmuebles	0	0	406	37
TOTAL	10,469	83	26,469	82

Nota: (*) Programas de atención a la dependencia.
Fuente: SNIC (2018).

2.2 Otras políticas para la población adulta mayor fuera de la órbita del SNIC

Hasta antes de la puesta en marcha del SNIC, el rol del Estado en lo que se refiere a solucionar las necesidades de apoyo de los adultos mayores era muy limitado. Entre las intervenciones que continúan vigentes encontramos: políticas sanitarias específicas para la población mayor, soluciones habitacionales, e intervenciones de envejecimiento activo.

Políticas de salud enfocadas a los adultos mayores

Desde el año 2005, y a partir de la creación del Programa Nacional del Adulto Mayor en la órbita del Ministerio de Salud Pública, se diseñaron políticas tendientes a promover la prevención y la educación en salud de los adultos mayores, así como a favorecer el diagnóstico temprano de enfermedades (MSP 2005). Entre las medidas adoptadas, destaca el derecho de las personas de 65 años y más a un control preventivo anual gratuito con su médico de referencia que, en el caso de las personas de 75 años y más, aumenta a dos controles por año (MIDES 2016a).

El primer y segundo Plan de Envejecimiento y Vejez elaborados por INMAYORES (MIDES 2012b, 2016a) también ponen un énfasis especial en la salud como eje fundamental para garantizar la calidad de vida, y extender la autonomía de los adultos mayores. Entre las líneas de acción que se plantean, se destaca el fortalecer la formación de profesionales de la salud en áreas gerontológicas y en patologías neurodegenerativas de la vejez, como la enfermedad de Alzheimer, y en trastornos depresivos; la realización de cursos sobre prevención y diagnóstico temprano, así como la realización de talleres de estimulación cognitiva, entre otros.

Soluciones habitacionales para adultos mayores dependientes

Además de los hogares de ancianos, el Estado provee soluciones habitacionales para personas mayores a través de algunos refugios del Ministerio de Desarrollo Social para personas dependientes en situación de calle. Asimismo, a través del denominado Cupo Cama, el Banco de Previsión Social paga a los hogares sin fines de lucro un subsidio para que puedan albergar a determinada cantidad (a convenir con la institución) de adultos mayores de ingresos bajos que no puedan vivir solos. Una parte del costo de esta prestación es cubierto con un porcentaje de la pensión del beneficiario, y el resto es cubierto por el BPS (Nuñez 2013).

Políticas de envejecimiento activo

Los desafíos que implica una sociedad cada vez más envejecida no se limitan a atender la creciente demanda de cuidados. Idealmente, se deberían diseñar políticas que busquen retrasar o, aún mejor, prevenir, la dependencia en la vejez. Para ello es necesario, no sólo trabajar en políticas de salud preventivas que apunten a disminuir la prevalencia de enfermedades en la población adulta mayor (ver Sección 1), sino también diseñar políticas que busquen fomentar la autonomía y la productividad de este segmento de la población, brindando oportunidades de integración social, recreación, y potenciación de habilidades y conocimientos (Pugliese 2014).

En el año 2015, el Ministerio de Salud Pública publicó la “Guía de Cuidados de la Salud para un envejecimiento activo y saludable”, en donde se dan recomendaciones para promover un envejecimiento activo y saludable, que van desde consejos para llevar a cabo una vida saludable, como alimentación, actividad física, y hábitos de sueño, hasta consejos para evitar caídas y para la toma responsable de medicamentos.

Por su parte, el Banco de Previsión Social ha sido impulsor de un número de programas de “envejecimiento activo”, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estos programas van desde el incentivo, a través de subvenciones o convenios, al turismo social y a la participación en actividades culturales, hasta apoyos económicos a organizaciones de la sociedad civil y colectivos de adultos mayores. En Pugliese (2014) se describen en detalle estos programas.

A nivel local también se desarrollan algunos programas y actividades tendientes a incentivar el envejecimiento activo. Por ejemplo, el programa “Montevideo: Ciudad Amigable con las Personas Mayores”, impulsado por la Intendencia de Montevideo, trabaja a nivel de municipios/barrios, para detectar las principales debilidades y fortalezas de la ciudad en términos de accesibilidad, vivienda, transporte, espacios al aire libre e inclusión social, para trabajar en las mejoras necesarias para garantizar un envejecimiento activo y saludable. Iniciativas similares se llevan a cabo en otros departamentos del país.

2.3 Otras políticas para la población con discapacidad fuera de la órbita del SNIC

Durante los últimos años, Uruguay ha aprobado un conjunto de normativas tendientes a garantizar los derechos de las personas con discapacidad, para poder garantizar su integración plena a la sociedad a través del acceso a la educación y el trabajo, así como el derecho de vivir una vida digna, en condiciones de igualdad y sin ser discriminados. Estos derechos están enumerados en la Ley 18,651 de 2010.

El Banco de Previsión Social cuenta con un conjunto de iniciativas y programas destinados a cubrir las necesidades de la población con discapacidad. Además de las pensiones por invalidez e incapacidad, se destaca el Programa de Ayudas Extraordinarias, a través del cual las personas con discapacidad, que cumplan determinados requisitos²⁵, tienen derecho a percibir una ayuda mensual de USD 155 (equivalente a 4 mil 977 pesos uruguayos)²⁶ para cubrir el costo de una cuota en un instituto de rehabilitación privada; USD 75 (equivalente a 2 mil 400 pesos uruguayos) para cubrir el costo de transporte de la persona con discapacidad, y una suma de igual monto para cubrir el costo de transporte de su acompañante (BPS 2017). Se otorgan, además, apoyos económicos para la cobertura de tratamientos médicos, y la colocación de prótesis y órtesis²⁷.

Sin embargo, a excepción de la creación de la figura del asistente personal, dentro de la órbita del SNIC no existen políticas que aborden explícitamente el tema de los servicios de apoyo que necesita este grupo de la población.

²⁵ La discapacidad tiene que ser comprobada por el equipo técnico del BPS, y el beneficiario debe cumplir una de las siguientes condiciones: ser hijo de trabajadores de la actividad privada tributarios del BPS (art. 2 y 5 Ley 15,084), ser beneficiario de pensión por invalidez, ser Paciente de la Unidad de diagnóstico y tratamiento, ser hijo de funcionarios del BPS, o ser beneficiarios del Programa Mides (convenios BPS-Mides).

²⁶ A valores de enero de 2018, según información proporcionada en http://www.bps.gub.uy/3555/ayudas_especiales.html

²⁷ Para una descripción más exhaustiva de los programas a cargo del BPS, ver <http://www.bps.gub.uy/bps/file/12999/1/comentarios-de-seguridad-social-n.-56--abril-junio-2017.pdf>

Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia

En cualquier sociedad, los servicios de apoyo a personas con dependencia funcional pueden ser provistos por la familia, el Estado, el mercado, o las organizaciones de la sociedad civil, sin que exista, muchas veces, una clara diferenciación entre ellos (Huenchan 2010). Estos servicios pueden, a su vez, ser remunerados o no remunerados. El siguiente diagrama ayuda a caracterizar y definir estos agentes, en cuanto proveedores de servicios de cuidados (Figura 15).

Figura 15. Proveedores de servicios de atención a la dependencia



Fuente: El diamante de bienestar de Evens, Pilij y Ungerson (1994).

El objetivo de esta sección es describir la oferta de servicios de apoyo a largo plazo existente en el país. Basándonos en lo que se conoce como el Diamante de Bienestar de Evens, Pilij y Ungerson (1994), presentado en la Figura 15, se incluyen: (i) los servicios prestados por el Estado, (ii) los servicios de índole exclusivamente privada, que pueden ser adquiridos en el mercado, (iii) así como la oferta de servicios no remunerada, brindada por familiares o voluntarios. Se analizan primero los cuidados a la dependencia remunerados, para luego estudiar la oferta de cuidados no remunerados.

3.1 Servicios de atención a la dependencia remunerados

La oferta de servicios de apoyo a largo plazo remunerados en Uruguay se compone básicamente de los centros de larga estadía (con y sin fines de lucro), los centros de día, asistentes personales a domicilio, los servicios de teleasistencia y otros servicios, por ejemplo, las empresas de acompañantes que brindan asistencia en sanatorio y domicilio. Además, deben tenerse en cuenta los servicios orientados a las personas que brindan apoyo a las personas con dependencia, ya sean remunerados o no remunerados. La Tabla 9 presenta la participación de cada uno de los sectores en la oferta de servicios de apoyo a largo plazo.

Tabla 9. Participación de los distintos sectores en la provisión de servicios de apoyo

Tipo de servicio	Sector público	Sector privado sin fines de lucro	Sector privado con fines de lucro
Servicios residenciales	<ul style="list-style-type: none"> Habilitación/Fiscalización Transferencia a residencias sin fines de lucro Cupo cama Transferencias a centros de larga estadía por relocalación Cuidados + calidad 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios
Asistencia personal en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio para compra de cuidado profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios (aun no implementado) 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios
Centros de día	Sector Público ofrece servicios en asociación con Organizaciones de la Sociedad Civil		
Servicio de teleasistencia	<ul style="list-style-type: none"> Subsidio para contratación del servicio 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Provee servicios
Otros servicios apoyados por tecnología de información	n/a	n/a	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de telemedicina (incipiente)
Servicios para cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación 	n/a	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación
Otros servicios	<ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento activo Servicios de salud focalizados 	<ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento activo 	<ul style="list-style-type: none"> Empresas de acompañantes (sanatorio y domicilio) Envejecimiento activo

Fuente: Elaboración de las autoras.

Servicios residenciales

En Uruguay, la Ley 17,066 clasifica a los servicios de cuidados de larga estadía para adultos mayores en tres categorías: residencias privadas con fines de lucro, hogares sin fines de lucro (públicos o privados), y servicios de inserción familiar. Los dos primeros son establecimientos que ofrecen vivienda permanente, alimentación y atención gerontológica a los adultos mayores. El último, se trata de hogares privados que acogen a un adulto mayor a cambio de una remuneración.

Según datos del 2015 publicados por el Sistema de Información Sobre Vejez y Envejecimiento de INMAYORES²⁸, existen 1 mil 124 establecimientos de larga estadía registrados en todo el país: 920 residenciales privados, 77 hogares sin fines de lucro, 56 servicios de inserción familiar, y 71 establecimientos que, por sus características, no entraban en ninguna de las tres categorías anteriores. Estos establecimientos en conjunto albergan a más de 14 mil personas (3% de la población adulta mayor de Uruguay). Más del 70% de los adultos mayores en esta situación son mujeres, y también más del 70% supera los 80 años (SIVE-INMAYORES 2018).

²⁸ Ver <http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=sistema%20de%20vejez%20y%20envejecimiento>

Servicios residenciales ofrecidos por el sector público

En el ámbito público, en Montevideo, el hospital geriátrico Dr. Luis Piñeiro del Campo ofrece servicios de larga estadía para personas mayores de 65 años con dependencia física o mental moderada a severa, situación socioeconómica precaria y ausencia de patologías graves que requieran atención hospitalaria; dispone de 300 cupos que se subdividen en las áreas de: (i) alta dependencia y cuidados paliativos, (ii) semidependientes, (iii) psicogeriatría y (iv) enfermedad de Alzheimer y otras demencias graves. Además, existen 12 cupos adicionales para personas en proceso de rehabilitación geriátrica, con una estadía máxima de 30 días (MIDES 2014).

Existen además 7 hogares de ancianos distribuidos en el resto de los departamentos del país en la órbita de ASSE²⁹ (Pugliese 2013), y 9 centros de cuidado y recuperación dirigidos especialmente a personas dependientes en situación de calle, que funcionan dentro de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social y tienen una capacidad de 246 cupos (MIDES 2016b).

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado sin fines de lucro

Los hogares sin fines de lucro brindan alojamiento, rehabilitación, alimentación y servicios como peluquería o lavandería, además de realizar actividades sociales, culturales, recreativas, religiosas y brindar asesoramiento jurídico. Estos hogares son, por lo general, administrados por organizaciones de la sociedad civil, y se financian con un porcentaje de las pensiones de los residentes y apoyos de la propia comunidad. Mediante un convenio con el Banco de Previsión Social, reciben apoyo económico y asesoramiento técnico de parte de esta institución, que se utiliza para realizar proyectos específicos de interés social y financiar la capacitación de los trabajadores y voluntarios.

En 2015, había 2 mil 126 personas viviendo en hogares sin fines de lucro (SIVE-INMAYORES 2018). Según datos de la Memoria Anual del Banco de Previsión Social (2017), 612 adultos mayores son, además, beneficiarios del denominado Cupo Cama (descrito en la Sección 2).

Muchas veces, los hogares sin fines de lucro establecen criterios o reglas para permitir el ingreso de una persona. Según se puede apreciar en la Tabla 10, el 44% de los hogares que tienen convenio con el Banco de Previsión Social exigen una edad mínima de ingreso de 50 años de edad, casi un 30% tiene criterios de admisión relacionados con la salud de la persona que ingresa, ya sea en términos de autonomía o de carencia de enfermedades previas, y un 7% tiene exigencias relacionadas a un suficiente nivel de ingreso que garantice la capacidad de pago del adulto mayor (Facultad de Ciencias Sociales 2012).

Si bien las limitaciones impuestas se deben a la existencia de carencias financieras, edilicias, y de personal por parte de los hogares, Pugliese (2013) argumenta que estos requisitos se contradicen con los objetivos que deberían tener este tipo de hogares, al dejar fuera a los más vulnerables y enfermos; es decir, justamente a las personas que más lo necesitan.

²⁹ Administración de Servicios de Salud del Estado

Tabla 10. Principales requisitos para el ingreso a residenciales de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social (%)

Principal requisito	% de centros
Mayor de 18	1.2
Mayor de 50	44.2
Auto válido	18.6
Sin enfermedades	3.5
Con cobertura médica	3.5
Control médico	5.8
Tener discapacidad	2.3
Jubilado o pensionista	5.8
Paga cuota	1.2
Persona carenciada	2.3
Otros*	9.3
No tiene	2.3

Nota: (*) Incluye ser miembro de la colectividad o grupo, tener vínculo con la organización, tener un familiar responsable y otros.
 Fuente: Informe “Censo a Organizaciones de adulto Mayores y de Personas con Discapacidad”, Facultad de Ciencias Sociales (2012), p. 18., disponible en https://www.bps.gub.uy/bps/file/6196/1/relevamiento_a_organizaciones_de_mayores_y_personas_con_discapacidad_del_registro_de_instituciones_del_bps.pdf

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado con fines de lucro

Las residencias privadas se financian con cuotas mensuales de los residentes. El precio que se debe pagar por acceder a una plaza en un residencial varía dependiendo de la calidad de las instalaciones y los servicios ofrecidos. El espectro va desde residencias que ofrecen niveles muy básicos de atención con base en lo que la persona pueda pagar (por ejemplo, su jubilación), hasta residenciales “de lujo”, por los que se paga hasta USD 5 mil por mes (150 mil pesos uruguayos), y que ofrecen servicios de peluquería, yoga, piscina, y hasta cine.

En una investigación publicada por el diario local El País³⁰, una de las fuentes consultadas estima que el costo mensual de un establecimiento que cumpla con los requisitos de calidad básicos asciende a alrededor de USD800 (25 mil pesos uruguayos), cifra que parece elevada si se tiene en cuenta que el valor promedio de las jubilaciones contributivas es de aproximadamente USD 600. Los datos de INMAYORES muestran que las instituciones privadas alojan a alrededor del 84% de las personas mayores que viven en centros de larga estadía (SIVE-INMAYORES 2018).

³⁰ Ver “En un limbo: hogares de ancianos”, Diario El País. 18 de abril 2015. <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/limbo-hogares-ancianos.html>

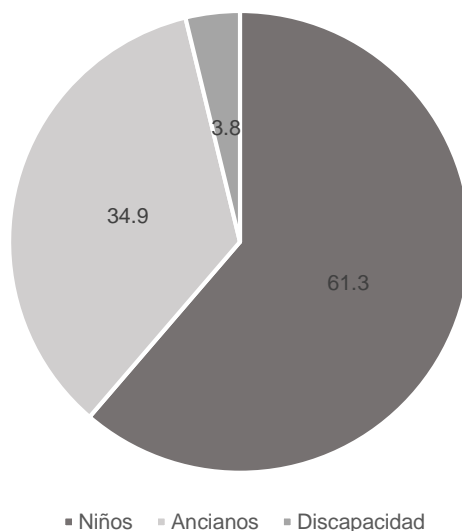
Servicios de inserción familiar

Los servicios de inserción familiar son servicios brindados por particulares que dan albergue en sus viviendas a adultos mayores que no tienen vínculos familiares que les apoyen de manera económica. Los servicios de inserción familiar pueden atender a no más de tres adultos mayores que se valen por sí mismos, o con discapacidad física o intelectual leve, siempre y cuando el hogar anfitrión no tenga obligaciones alimentarias legales con la persona dependiente (Ley 17,066). El adulto mayor pasa a formar parte del núcleo familiar, y recibe cuidados a cambio de un pago mensual. La atención médica a los adultos mayores en los servicios de inserción familiar es brindada a través del Hospital Público Geriátrico Piñeyro del Campo (MIDES 2014).

Servicios de asistencia personal en el hogar

Solamente el 13% de los adultos mayores dependientes recibe ayuda de personal remunerado contratado específicamente para la tarea. Esta proporción aumenta a medida que aumentan los rangos de edad, llegando a 18% entre los mayores de 80 (ELPS 2013). Este porcentaje podría ser mayor dado que las tareas de apoyo para realizar actividades de la vida diaria no siempre están correctamente delimitadas ni especificadas, y frecuentemente se confunden con la realización de otro tipo de tareas domésticas. Del total de hogares entrevistados en la ELPS (2013), el 6% cuenta con personal de servicio. En el 16% de los casos, el personal de servicio se dedica a las tareas de cuidado. Más de la mitad se dedica al cuidado de niños, alrededor de un 35% al cuidado de adultos mayores, y 4% al cuidado de personas con discapacidad, según se puede apreciar en la Figura 16.

Figura 16. Tareas de cuidados realizadas por personal de servicio doméstico: distribución de la población que recibe cuidados (%)



Fuente: Elaboración de las autoras con base en BPS (2015).

La creación de la figura del asistente personal en el contexto del SNIC tiene como objetivo profesionalizar la tarea de brindar cuidado, marcando una distinción con respecto a los trabajadores domésticos. Al cierre de febrero de 2018, había 4 mil 065 personas haciendo uso del servicio de asistentes personales. A su vez, existen 3 mil 388 personas que, habiendo sido designadas como beneficiarios de la prestación, por distintas razones no han hecho efectivo el servicio. En la Sección 5 discutimos algunas de las posibles causas detrás de este fenómeno.

A esto debe sumarse un total de 2 mil 300 personas que se postularon para obtener el beneficio y se encuentran en proceso de evaluación (datos a agosto de 2018 del SNIC).

Del total de usuarios, un poco más de la mitad son mujeres. El 40% son mayores de 80 años, aunque el perfil etario varía de acuerdo con el género, observándose una mayor concentración de personas mayores entre las mujeres, producto de su mayor longevidad (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución por edades de los beneficiarios del servicio de asistentes personales, según sexo (%)

Edad	Hombres	Mujeres	Total
<30	71	34	50
30-79*	10	9	9
80-89	14	40	28
90+	6	17	12
Total	100	100	100

Nota: (*) el hecho de que haya personas en este rango de edad (fuera de la población objetivo del SNIC) se debe a la existencia de beneficiarios de los programas piloto que se pusieron en marcha antes de la inauguración del SNIC.

Fuente: Elaboración de las autoras con base en el Informe Asistentes Personales Junio 2018.

La gran mayoría de los usuarios recibe el subsidio máximo. La Tabla 12 muestra la distribución por nivel de subsidio de los beneficiarios del sistema de asistentes personales. Como se puede observar, prácticamente todos los usuarios reciben un subsidio del 67% o más. El hecho de que el servicio aún no haya tomado impulso entre los estratos socioeconómicos más altos se puede ver como uno de los principales desafíos, tal como se discute en la Sección 4.

Tabla 12: Nivel de subsidio recibido por los beneficiarios del servicio de asistentes personales (%)

Nivel de subsidio en USD (y en %)	% de beneficiarios
0 (0%)	0.1
175 (33%)	2.0
355 (67%)	12.4
530 (100%)	85.6

Fuente: Informe AP Junio 2018.

Para acceder al servicio, la persona dependiente o un familiar debe solicitarlo por vía telefónica. En dicha instancia, se realizará una evaluación preliminar, luego de la cual, en caso de que se cumplan las condiciones necesarias, se coordinará una visita a la casa del adulto mayor para determinar su nivel de dependencia y decidir acerca de la asignación del beneficio. Una vez que el postulante ha sido aceptado, debe concurrir personalmente al Banco de Previsión Social para elegir un asistente personal dentro de la lista de habilitados. En caso de que el interesado no

pueda concurrir, puede hacerlo algún miembro de su familia, siempre y cuando cuente con un poder habilitante firmado por escribano público.

Servicios en centros de día

Los Centros de Día se presentan como una forma de retrasar, o (en el mejor de los casos) evitar, la institucionalización de las personas mayores; como su nombre lo indica, son centros que funcionan sólo durante el día con el objetivo de brindar a los adultos mayores un espacio, tanto para la rehabilitación y el cuidado, como para la recreación y el contacto social. Tienen la ventaja de permitir que los adultos mayores permanezcan en sus domicilios, lo cual contribuye a aumentar su bienestar. En cuanto a la familia, la participación en un centro de día provee horas de respiro a los cuidadores familiares, y les permite participar en el mercado laboral o cumplir con otras obligaciones personales (Gascón y Redondo 2014).

Antes de la creación de SNIC, Pugliese (2007) identifica 17 centros diurnos en Uruguay, muchos de los cuales operan dentro de los propios hogares de ancianos, como es el caso del Centro Diurno del Hospital Piñeiro del Campo. La Intendencia de Montevideo, por ejemplo, tiene a su cargo dos centros de día a los cuales se puede acceder de forma gratuita; los mismos cuentan con un servicio de transporte propio para aquellas personas que lo necesiten (dentro de determinadas zonas). Estos centros están dirigidos a personas mayores de 60 años autoválidas, y atienden a aproximadamente 90 personas; la mayoría mujeres (Batthyany 2016).

Cabe destacar que existe una pobre percepción de estos centros de parte de la comunidad; los ancianos asisten poco o casi nada a los mismos. El objetivo del SNIC es revitalizar esta alternativa como forma de posponer (o evitar) la institucionalización. En 2018 se planea construir 15 centros de día (3 en Montevideo, 2 en Canelones, y el resto en otros departamentos del país), en colaboración con la sociedad civil, que presten cuidados integrales a las personas mayores de 64 años en situación de dependencia leve y moderada.

Servicios de teleasistencia

Actualmente, a partir de la dinamización de este mercado por parte del SNIC, existen en el país 5 empresas certificadas por el gobierno para brindar el servicio de teleasistencia en todo el territorio nacional (SNIC 2018). Al momento de escribir este reporte, ocho empresas más estaban en proceso de habilitación.

A julio de 2018, se habían presentado 2 mil 057 personas para recibir el subsidio, de las cuales 33.4% (687 usuarios) ya fueron aceptados y reciben el servicio; mientras que un 39% fue aceptado, pero aún no ha contratado una empresa que le provea el servicio. Se observa una alta proporción de personas con nivel de subsidio bajo entre quienes accedieron al beneficio, pero aún no han hecho uso efectivo del mismo. Este hecho pone de manifiesto que, al igual que en el caso de los asistentes personales, el monto del subsidio parecería ser determinante en la decisión de contratar servicios de cuidado a través del sistema.

Otros servicios

Servicios de acompañantes

Existen empresas de acompañantes que ofrecen un servicio de compañía y cuidados en sanatorio y domicilio por convalecencia. Los mismos incluyen el acompañamiento diario o nocturno del paciente, y la ayuda para realizar actividades diarias, como alimentación o higiene. Algunas empresas también ofrecen servicios puntuales de enfermería.

Si bien estas empresas fueron inicialmente concebidas para brindar apoyo ante situaciones de dependencia grave pero acotada a un periodo de tiempo corto (por ejemplo, en el caso de una internación), en los últimos años han comenzado a brindar una gama de servicios más amplios, tendientes a promover la autonomía y el envejecimiento activo, mediante actividades de recreación, actividad física, y sociabilización.

El método de financiación es similar al de un seguro: el usuario paga una cuota por mes para poder hacer uso del servicio cuando lo necesite. Por lo general, se ofrecen planes individuales y familiares, y la cuota que se paga depende de la cantidad de horas diarias por las cuales se contrata el servicio, y del tipo de servicio que se desea contratar (ejemplo, cuidados en domicilio, cuidados en sanatorio, internación domiciliaria). A modo de ejemplo, en una de las empresas más grandes del país, la cuota puede ir desde USD30 mensuales por un servicio básico de ocho horas diarias de cuidados en sanatorio, a USD 200 mensuales por un servicio de cuidados domiciliarios por 24 horas. A 2015, había alrededor de 40 empresas registradas en el país (BPS 2015).

Según datos de la ELPS de 2013, 37% de los mayores de 60 años tiene contratado un seguro de este tipo; entre quienes viven solos, esta proporción aumenta a 43%. Las diferencias de género son significativas, con un 43% de las mujeres frente a 30% de los hombres que cuentan con el servicio. Estas cifras son algo superiores a lo reportado en Aguirre et al. (2006, citado en Rico 2011), donde se estima que un 24% de la población mayor cuenta con este servicio.

Cabe destacar, sin embargo, la falta de regulación existente en la materia: al igual que lo que sucede con las residencias de largo plazo, la gran mayoría de las empresas que brindan estos servicios no se encuentran registrados en el Ministerio de Salud Pública y, por lo tanto, no hay registros ni formas para controlar la calidad de los servicios prestados (Rico 2011).

3.2 Personas ocupadas en el sector de cuidados remunerados

El análisis de las personas ocupadas en el sector engloba ciertas dificultades que tienen que ver con la falta de valorización de las tareas de cuidados y el consiguiente desconocimiento de las mismas, incluso por parte de los propios cuidadores. Esto es especialmente así en el ámbito de los cuidados a domicilio, donde las tareas de cuidados muchas veces no se distinguen de otros tipos de tareas domésticas. Como se mencionó anteriormente, en numerosas ocasiones los cuidadores son contratados como empleados domésticos, y realizan otras tareas del hogar, además de dedicarse al cuidado de personas dependientes.

El SNIC (2018), con base a la información de la Encuesta Continua de Hogares de 2016, estima que existen más de 57 mil personas ocupadas en el sector de cuidados remunerados; casi la mitad (48%) se dedica a brindar apoyo a personas con discapacidad o adultos mayores. Más de la mitad de los cuidadores de personas enfermas trabajan en empresas de acompañantes,

mientras que alrededor de la tercera parte de las personas que se dedican al cuidado de adultos, lo hace como personal de casas de salud o residenciales de ancianos.

Con respecto a las características demográficas del sector, el 96% de los ocupados son mujeres (SNIC 2018). La edad promedio de quienes se desempeñan en el cuidado de enfermos y adultos mayores es mayor a la que se observa en el resto de los sectores económicos y a la de las personas dedicadas al cuidado de niños: en efecto, la mitad de las personas que se dedican al cuidado de enfermos y personas mayores dependientes tienen más de 45 años, y un 20% tienen más de 60 (SIVE-INMAYORES 2018).

El trabajo de cuidados se caracteriza por bajos salarios y por un alto grado de informalidad laboral. En 2014, el 44% de los cuidadores de personas mayores o con discapacidad no realizaba aportes a la seguridad social (SIVE-INMAYORES 2018). El nivel de formación también es bajo: alrededor del 30% de los trabajadores del sector tienen un nivel de educación menor o igual a primaria (SIVE-INMAYORES 2018). Es de esperar que esta realidad cambie paulatinamente, a partir de las exigencias de formación del SNIC. En este sentido vale recordar que, hasta la puesta en marcha del sistema, no había requisitos de formación para los cuidadores, ya sea que trabajen por cuenta propia a domicilio, o que sean personal de empresas dedicadas a proveer estos servicios.

En el marco del SNIC se creó la figura del asistente personal con el objetivo de profesionalizar al sector, revalorizar la tarea de cuidados y mejorar tanto la calidad del empleo como la calidad del servicio. Según los últimos datos disponibles, a junio de 2018, 3 mil 945 personas se encontraban trabajando como asistentes personales, cifra que representa alrededor del 30% del total de inscriptos en el Banco de Previsión Social. Si bien la mayoría de los inscriptos en el Banco de Previsión Social no cuenta actualmente con formación específica en cuidados, en 2017 alrededor de 1 mil 500 personas completaron el curso de atención a la dependencia, y a junio de 2018, casi 5 mil 500 personas más se habían postulado para hacerlo (SNIC 2018).

El SNIC, abre un abanico de nuevas posibilidades de carrera a los trabajadores del sector. Se nota un elevado nivel de entusiasmo, sobre todo por parte de los asistentes personales más jóvenes, en lo que respecta a las posibilidades de formación y especialización en su trayectoria laboral (Rovner 2015). Al igual que el resto de las personas que trabajan en el sector, más del 90% de los asistentes personales son mujeres, y casi la mitad tienen entre 30 a 49 años. La Tabla 13 muestra la distribución por edad de los asistentes personales que están inscritos en el Banco de Previsión Social y trabajando por género.

Tabla 13. Distribución por edad de personas trabajando como asistentes personales

Edad	Hombres	Mujeres
18-29	36%	20%
30-49	39%	49%
50-64	24%	30%
65+	1%	2%

Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de SNIC (Junio 2018).

3.3 Servicios de atención a la dependencia no remunerados

Por lo general, en todos los países del mundo, independientemente de su nivel de desarrollo, el rol de cuidador ha recaído tradicionalmente sobre la familia, especialmente en las mujeres. Uruguay no es una excepción (Aguirre 2008, Marco y Rico 2013). Esta realidad no sólo es producto de una necesidad (por ejemplo, cuando no existen otros recursos disponibles), sino que está arraigada a creencias culturales y sociales. El cuidado de los adultos mayores se ha transformado, para muchas personas, en un “deber” que forma parte de las obligaciones morales de la familia. En una encuesta de opinión realizada en 2006 en diferentes países de ALC, se constata que efectivamente en la mayoría de los casos, los entrevistados declararon que la responsabilidad primaria de cuidar a las personas mayores dependientes debía ser asumida por la familia (Huenchan 2010, basado en resultados de Latinobarómetro 2006).

En el mismo sentido, la investigación llevada adelante por Batthyány, Genta y Perrota (2012) muestra que el 90% de la población uruguaya piensa que lo más deseable es que las personas mayores sean cuidadas en su propio hogar, observándose además una marcada preferencia porque la familia esté involucrada, ya sea directa o indirectamente.

La Tabla 14 replica algunos de los resultados que surgen de esta investigación, evidenciando el carácter “familista” del cuidado en Uruguay. Casi el 50% de los entrevistados piensan que los adultos mayores deben ser cuidados en el seno de su familia, preferencia que es más marcada entre los niveles socioeconómicos bajos, donde un 56% de la población se inclina por esta opción, posiblemente debido a la imposibilidad de costear servicios de cuidados de calidad (Batthyány, Genta y Perrota 2012). En el otro extremo, menos de un 10% se inclina por el cuidado exclusivamente institucional, siendo esta opción más popular entre las clases socioeconómicas más altas (14% frente a 5% en los estratos más bajos).

Tabla 14. Preferencias respecto al cuidado de adulto mayores entre la población menor de 70 años, según estrato socioeconómico (%)

	Nivel de ingreso	Alto	Medio	Bajo	Total
Hombres	Familia + personal contratado	32.7	30.8	28.9	30.5
	Personal contratado	15.3	15.4	8.7	12.4
	Familia	36.7	44	56.4	47.3
	Institución (*)	14.3	8.8	4.7	8.6
	No sabe	1.0	1.1	1.3	1.2
Mujeres	Familia + personal contratado	47.9	30.9	27.8	34.0
	Personal contratado	12.5	9.5	6.5	8.9
	Familia	31.3	50.0	55.6	47.6
	Institución (*)	6.3	8.5	8.9	8.1
	No sabe	2.1	1.1	1.2	1.4

Nota: (*) Incluye residencias de larga estadía o centros de día de calidad

Fuente: Elaboración de las autoras con base en Batthyány, Genta y Perrota (2012).

Las preferencias de la sociedad uruguaya se reflejan en la forma en que se solucionan las necesidades de cuidados en el país. Según los datos de la ELPS (2013), entre los adultos

mayores dependientes que cuentan con ayuda en la realización de sus actividades diarias, el 82% recibe ayuda no remunerada proveniente ya sea de un familiar perteneciente al propio hogar (58.9%), de un familiar proveniente de otro hogar (16.8%), o de alguien ajeno a la familia (6.3%). En más del 70% de los casos, la ayuda no remunerada proviene de una mujer. Los hombres son más propensos a recibir ayuda de familiares que las mujeres, ya sea que pertenezcan al mismo hogar o no. La diferencia entre sexos es especialmente pronunciada entre las personas con un nivel de dependencia leve (ver Tabla 15).

Tabla 15. Tipo de ayuda recibida entre personas mayores dependientes (%)

	Dependientes leves		Dependientes moderados/graves	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Familiar del mismo hogar	62.4	48.2	70.5	62.2
Familiar de otro hogar	23.5	23.4	6.5	14.5
No familiar	5.8	3.7	9.7	7.1
Total ayuda no remunerada	91.7	75.3	86.6	83.8
Ayuda remunerada	4.0	20.7	6.4	10.7
Otro	4.3	4.0	6.7	5.6

Nota: Se muestra la proporción de ayuda no remunerada entre todas las personas mayores de 60 años que son dependientes y que además declararon recibir algún tipo de ayuda para la realización de sus tareas diarias.

Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Asumir la responsabilidad de cuidado tiene implicaciones en la participación laboral. De acuerdo con los datos de la ELPS, 8% de la población declara que no trabaja por tener que dedicarse al cuidado de personas; aunque los datos de la encuesta no permiten conocer la edad de las personas a las que se cuida. Este porcentaje es considerablemente mayor para las mujeres, entre las cuales alcanza casi un 13%, en comparación con menos de 1% en el caso de los hombres. Adicionalmente, la encuesta identifica que 2% de la población declara haberse jubilado para poder dedicarse a tareas de cuidados (nuevamente, sin desagregación por edad de la persona a la que se cuida). Entre los mayores de 60 años, este porcentaje asciende a 8%. Nuevamente, las diferencias de género son notorias: mientras que un 12% de las mujeres mayores de 60 años dice haberse jubilado para tener más tiempo para dedicarle al cuidado de personas, sólo el 2% de los hombres en este grupo etario se jubiló por las mismas razones.

Estas cifras ponen de relevancia la importancia de la dimensión de género en el área de cuidados. En este sentido, las mujeres se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad en cuanto a los servicios de apoyo a largo plazo se refiere: por un lado, son quienes tradicionalmente han asumido el rol de cuidadoras; por otro lado, tal como se observó en la Sección 1, son quienes más probabilidades tienen de caer en situación de dependencia funcional, al ser más longevas y, además, experimentar peores condiciones de salud que los hombres.

3.4 Necesidades de apoyo no satisfechas

La oferta de servicios de apoyo a la dependencia funcional en Uruguay continúa siendo limitada, aunque se ha venido dinamizando en los últimos años a partir de la creación del SNIC. Entre los adultos mayores dependientes, un 48% estima que no cuenta con la ayuda que necesita de acuerdo con la ELPS (ver Tabla 16). La mayor carencia viene desde el lado de las adaptaciones a la vivienda: casi el 60% de las personas que necesitan este tipo de ayuda no cuentan con ella.

Tabla 16. Necesidad y acceso a la ayuda entre adultos mayores dependientes (%)

	Necesita ayuda	Cuenta con la ayuda
Calidad de vida (a)	59.5	64.6
Adaptaciones a la vivienda (b)	24.4	40.9
Asistente personal (c)	61.8	78.7
Traslados (d)	56.7	58.7
Prótesis	9.6	66.1
Ortesis (e)	50.8	69.7
Otra	9.5	26.9
Total	75.1	51.9

Nota: (a) Tratamiento para la calidad de vida y no para la curación; (b) adaptaciones a la vivienda que lo ayuden en el acceso y movilidad; (c) persona para que lo ayude en tareas cotidianas; (d) locomoción y traslados (incluye autos); (e) lentes, audífonos, etc. El análisis se realizó con base en los adultos mayores de 60 años que tienen dificultad para la realización de alguna AVD, y además, dicen tener alguna limitación física o mental.

Fuente: Elaboración de las autoras con base en datos de la ELPS Uruguay (2013).

Las razones económicas, mencionadas por el 63% de los entrevistados, son el principal motivo detrás de la falta de ayuda. Le sigue en importancia la ausencia de conocimiento acerca de los mecanismos para acceder a dicha ayuda, que afecta al 12% de los adultos mayores dependientes. Otras razones mencionadas son: la falta de tiempo de los familiares (6%), incapacidad de contar con ayuda familiar debido a razones económicas (5%), la falta de vínculos familiares cercanos (1%), y otras razones no especificadas (11%).

Uno de los propósitos del SNIC es no sólo ampliar la oferta de servicios y su cobertura, sino promover un cambio cultural en la percepción del cuidado por parte de la sociedad, impulsando la corresponsabilidad entre gobierno y mercado, y entre hombres y mujeres. Con esto en mente, en la última sección del documento, exponemos los logros y desafíos del sistema en sus dos años de funcionamiento.

Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia

Siguiendo el ejemplo de países más desarrollados, Uruguay ha sido el primer país de ALC en crear un sistema formal e integrado de cuidados a la dependencia. Por eso es importante analizar el sistema desde una perspectiva crítica. Con esto en mente, en esta sección, evaluamos, primero el grado de avance del sistema uruguayo en comparación con otras experiencias internacionales; en segundo lugar, presentamos una breve discusión acerca de los aciertos y logros que se han conseguido hasta el momento, así como de los desafíos que aún quedan por delante.

4.1 El SNIC en una perspectiva internacional

El proceso de diseño y creación del sistema fue largo, e incluyó la participación de diversos actores, desde el gobierno, la sociedad civil, y la academia, lo cual permitió tener en cuenta la visión de diferentes sectores de la sociedad, creando un sistema integrador e interinstitucional (Colacce y Manzi 2017). A lo largo del mismo, se tuvieron en cuenta las experiencias internacionales, adoptando, y adaptando aquellas que más se ajustaran a la realidad del país y a los objetivos del sistema.

En Medellín et al (2017) se identifican cuatro elementos que deben ser tomados en cuenta para definir al diseñar un sistema de cuidados: población beneficiaria, oferta de servicios, calidad de los servicios, y modo de financiación. En este apartado describimos brevemente cómo se compara cada uno de estos elementos en el sistema uruguayo respecto a las estrategias adoptadas en otros países.

En la mayoría de los países con sistemas de cuidados, la población beneficiaria se define con base en criterios mínimos de dependencia, los cuales, por lo general, se miden a través de una encuesta que indaga acerca de las dificultades que tienen los individuos al realizar determinadas actividades. En Uruguay se ha optado por este camino, pero combinando los criterios de dependencia con criterios de edad, al igual que lo hace Francia. En efecto, muchas veces, la priorización de ciertos grupos de edades es necesaria cuando, por razones de índole presupuestal, no se puede garantizar la cobertura universal. Como se vio en la Sección 2, el nivel de ingresos del hogar de la persona dependiente, si bien no es un criterio para determinar la posibilidad de acceder al sistema, sí determina el nivel de subsidio que se recibe de parte del Estado. Esta estrategia es utilizada en varios países cuando, debido a motivos presupuestales, no es posible garantizar una cobertura universal de otra manera.

El instrumento que se utiliza para medir la dependencia por lo general se basa en la evaluación del nivel de dificultad, o de ayuda requerida, para realizar un conjunto de actividades. Las actividades incluidas, así como la manera de combinarlas para llegar a una clasificación final, varían de país en país. En Uruguay, el instrumento que se utiliza se basa fuertemente en el baremo español, el cual se describe en la Sección 2.1.2 y en el Anexo 1.

El segundo elemento que se menciona en Medellín et al. (2017) es la definición de la oferta de servicios. Al respecto, se debe definir no sólo cuáles servicios ofrecer, sino también cómo hacerlo (esto es, a través de transferencias, o apoyos en especie, por ejemplo), así como el menú de servicios al que cada individuo tiene acceso. Uruguay ha definido muy claramente la población objetivo de cada uno de los servicios ofrecidos por el sistema, estableciendo criterios de dependencia y de edad para determinar el acceso a cada uno de los beneficios.

Los beneficios pueden ser entregados en especie, o a través de transferencias monetarias. En Uruguay, el sistema se basa en una combinación de beneficios directos (como en el caso de los centros de días o los cupos para la atención residencial), y de subsidios para la compra de servicios en el mercado (como en el caso de la contratación de asistentes personales o el servicio de teleasistencia). Además, a diferencia de lo implementado en muchos países europeos, la contratación de familiares en el caso del cuidado a domicilio está estrictamente prohibida. Con esto se apunta a la profesionalización del cuidado, y se intenta evitar situaciones en las que, por ejemplo, el cuidador familiar que recibe la partida monetaria, no realice las tareas de cuidados para las cuales se le “contrata”.

La calidad de los servicios es el tercer elemento que debe tenerse en cuenta en el diseño de un sistema de cuidados. El SNIC ha apostado fuertemente a la formación y profesionalización de los recursos humanos como forma de asegurar la calidad de los servicios. Además, se establecen procesos de certificación, acreditación y mejora de los residenciales de largo plazo, fijando normas respecto a la planta física, los recursos humanos (ratio y formación), los servicios que se deben brindar, y los objetivos que deben perseguir estas instituciones.

En cuanto al último punto, la financiación del sistema, varios son los diseños que se han adoptado en el plano internacional: a) ingreso de impuestos generales; b) mecanismos de primas; c) cuotas al usuario o copagos; d) combinación de los anteriores. En Uruguay se eligió una financiación con base en impuestos generales. En Matus (2017) se argumenta que posiblemente esto se deba al bajo costo relativo que tiene el sistema en el país. Sus estimaciones muestran que, en su fase de desarrollo actual, el componente de cuidados a la dependencia de largo plazo del SNIC implica un presupuesto de 0.03% del PIB, cifra que se encuentra muy por debajo de las estimaciones de costos realizadas para los países de la OCDE o de la Unión Europea, las cuales están entre 0,5% y 2,5% del PIB (Matus 2017).

En definitiva, el diseño del sistema de cuidados en Uruguay, se basa en los ejemplos de la experiencia internacional, adaptándolos, en los casos que se consideró necesario, a la realidad específica del país.

4.2 Logros y desafíos del Sistema de Cuidados en Uruguay

A casi tres años de su puesta en marcha, el Sistema de Cuidados en Uruguay ha mostrado considerables avances. La propia creación del sistema, concebido como un conjunto de políticas integrales, que abarca a múltiples actores políticos e institucionales y que, por lo tanto, requiere constantemente de un trabajo conjunto para lograr acuerdos que hagan posible su funcionamiento, ha sido un acierto en sí mismo. La puesta en marcha del sistema ha logrado colocar el tema de los cuidados en la agenda política y social, y está, poco a poco, logrando cambiar la cultura de cuidados del país, según la cual la responsabilidad de cuidar recaía casi exclusivamente en las mujeres de la familia, sin que existiera un reconocimiento o valoración de la tarea realizada.

El reconocimiento a las tareas de cuidados, así como la profesionalización de las mismas a través de la impartición de cursos de capacitación y habilitación de cuidadores, a través de la creación de la figura del asistente personal, es uno de los estandartes del sistema. De esta forma, el Estado no sólo se limita a cuidar los derechos de quienes son cuidados, sino también de quienes cuidan.

Queda, como es natural dada la dimensión del reto y el corto tiempo de funcionamiento, mucho camino por delante. Uno de los principales desafíos es el aumento de la cobertura, sobre todo en lo que tiene que ver con la prestación para la contratación de asistentes personales. En un principio, el sistema se propuso como meta cubrir el 60% de las personas con dependencia severa hacia 2020 (SNIC 2015). Debido a razones presupuestales, este objetivo fue abandonado, y hoy por hoy no existe una meta explícita de cobertura. El último informe anual del SNIC (2018) muestra que sólo un 2% de la población adulta mayor dependiente recibe algún tipo de prestación por parte del sistema. Cabe destacar que una de las razones detrás de este bajo nivel de cobertura es el alto porcentaje de los dependientes que directamente no han aplicado al sistema, ya sea por restricciones de edad, o por propio desconocimiento del mismo y de la forma en que funciona.

Entre quienes aplicaron a una prestación y fueron efectivamente valorados, los niveles de cobertura son mayores, alcanzando el 55% entre los dependientes severos y el 14% entre los dependientes leves o moderados (SNIC 2018). Sin embargo, uno de los datos que más llama la atención es la cantidad de personas que, habiéndose postulado y calificado para recibir el beneficio, nunca deciden hacer uso efectivo del mismo. Esta situación es particularmente acentuada entre aquellos que reciben bajos niveles de subsidio.

Las razones detrás de este comportamiento no están del todo claras. Una posibilidad es que exista cierta falta de conocimiento respecto a las ventajas que tiene contratar un cuidador habilitado, en términos de formación y calidad del servicio. Pero también existe la posibilidad de que, aun reconociendo la formación diferencial de los asistentes personales del sistema, la misma se percibida como insuficiente y, ante la ausencia de incentivos económicos, las personas decidan seguir solucionando las necesidades de cuidados como lo venían haciendo hasta el momento (ya sea a través de cuidados familiares, o a través de la contratación de un cuidador no habilitado por sistema).

Existen, también, ciertas condiciones prácticas del proceso de contratación que podrían estar atentando contra un mayor uso del beneficio, una vez otorgado. En particular, la normativa establece que la persona dependiente debe hacerse presente en las oficinas del Banco de Previsión Social para darse de alta como beneficiario activo de la prestación y elegir a su asistente personal. En el caso de una población con dependencia severa, que seguramente tenga problemas para movilizarse, este requisito parecería ser una gran limitante. En el caso de que la persona dependiente no pueda presentarse personalmente, se permite que un familiar lo haga, pero siempre presentando un poder firmado por escribano, lo cual también opera como limitante, sobre todo entre personas pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos. Al respecto del proceso de contratación, debe mencionarse también que la elección del asistente personal se hace a través de una lista de nombres, en la cual no se incluye ninguna información adicional, despersonalizándola, y volviendo muy difícil y –a los ojos de los beneficiarios– riesgosa la elección.

Una mayor flexibilidad en las condiciones de contratación, que permita, por ejemplo, contar con un cuidador por menos horas al mes, o sólo en determinadas ocasiones puntuales (por ejemplo, para acompañar a una cita médica), también podría impulsar la demanda y aumentar la cobertura. Una de las maneras de lograrlo sería a través de la participación de prestadores colectivos en el mercado, como empresas o cooperativas. Esta opción traería aparejada otras ventajas, como que el servicio no se vea afectado ante ausencias temporales del asistente personal de su lugar de trabajo (por motivos de licencia o enfermedad, por ejemplo), además de que trasladaría los costos de potenciales despidos a las empresas contratantes. En este sentido, el trabajo de Rovner (2015) señala que, si bien la valoración del beneficio del asistente personal

es positiva por parte de usuarios y familias, existe cierto resquemor a asumir los costos que implica una relación laboral formal, sobre todo en los estratos socioeconómicos más bajos. La opción de prestadores colectivos está contemplada en el decreto de regulación de asistente personal pero, por diversos motivos, la misma no ha prosperado como se esperaba. Será un desafío del sistema trabajar para que esto suceda.

La expansión del beneficio para llegar a incluir a otras poblaciones dependientes es otro de los desafíos de largo plazo del sistema. Bajo el diseño actual, las personas entre 30 y 79 años de edad con dependencia severa no pueden acceder al mismo, lo cual implica que una proporción importante de la población dependiente (aproximadamente 50%)³¹ está quedando afuera del mismo. Dado el elevado costo anual de esta prestación, la factibilidad de ampliar los rangos de edad considerados depende fuertemente de restricciones presupuestales.

Otro desafío importante tiene que ver con la oferta de formación a la dependencia. En la actualidad existe un déficit en la oferta de formación, que lleva a que muchos cuidadores que quieren realizar el curso de atención a la dependencia se encuentren en lista de espera. En efecto, a fines de 2017, de 18 mil personas postuladas, sólo 1 mil habían egresado. Las últimas proyecciones del SNIC (2018) muestran que, si se tiene en cuenta el despliegue de servicios planeado y las exigencias crecientes en cuanto a la formación formal para realizar tareas de cuidados, hacia 2020 las necesidades de formación serán de casi 8 mil personas.

Vinculado a lo anterior, otra demanda insatisfecha hasta el momento tiene que ver con la especialización de la formación. A diferencia de lo que sucede con la formación en primera infancia, en el caso de atención a la dependencia, sólo se dicta el curso básico de formación, no existiendo una trayectoria formal definida que le permita al asistente personal especializarse y avanzar en su profesión. La necesidad de formación especializada, por ejemplo, para tratar diferentes patologías, ha sido mencionada por los asistentes personales como necesaria para el mejor desempeño de sus funciones. Si bien por el momento, la prioridad está puesta en ampliar la oferta de formación básica, la posibilidad de especialización es un aspecto que a futuro debería tenerse en cuenta.

Estos desafíos en materia de formación y especialización están relacionados con la profesionalización de la tarea, y la regulación de los cuidados en materia laboral desde un punto de vista más general. En este sentido, si bien se está avanzando hacia la formalización del sector, aún quedan retos por resolver. Uno de los más importantes, tiene que ver con la regularización de las tareas de cuidados en los casos en que las mismas se realizan como parte de contratos que están fuera de la órbita del SNIC (por ejemplo, cuando las realizan trabajadores domésticos).

Finalmente, el sistema se enfrenta a un gran desafío en materia de difusión y comunicación. En efecto, en una encuesta de opinión realizada por el SNIC en 2017, se constató que existe un bajo nivel de conocimiento en lo que respecta al sistema de cuidados y su funcionamiento. Educar a la población, no sólo respecto a las prestaciones ofrecidas, sino también acerca de los principios que lo orientan, en particular en lo referido al derecho a un cuidado de calidad, la corresponsabilidad, y la valorización de las tareas de cuidado es uno de los objetivos principales del sistema en los próximos años.

³¹ Cálculos propios en base a los resultados presentados en el último "Informe Anual del Sistema de Cuidados, 2017", disponible en <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>

Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. 2008. "El futuro del cuidado". *En: Futuro de las familias y desafíos para las políticas-LC/L*. 2888-P-2008-p. 23-34.
<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6915/S0800234.pdf?sequence=1>
- . 2009. "Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en Uruguay", UNIFEM Uruguay
- Aguirre, R. y Ferrari, F. 2014. "La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria." CEPAL. *Serie Políticas Sociales* 192.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". *Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud*. Resumen de Políticas IDB-PB-273
<https://publications.iadb.org/handle/11319/8757#sthash.fWdc7BmU.dpuf>
- Banco de Previsión Social. 2012. "Relevamiento a organizaciones de personas mayores y de personas con discapacidad del Registro Nacional de Institución del BPS". Asesoría General en Seguridad Social, BPS.
https://www.bps.gub.uy/bps/file/6196/1/relevamiento_a_organizaciones_de_mayores_y_personas_con_discapacidad_del_registro_de_instituciones_del_bps.pdf
- Banco de Previsión Social. 2017. Comentarios de Seguridad Social, Segundo Trimestre 2017, N. 56. <http://www.bps.gub.uy/bps/file/12999/1/comentarios-de-seguridad-social-n.-56---abril-junio-2017.pdf>
- Núñez, I. 2013. "Programas de soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS: principales características de los beneficiarios". Banco de Previsión Social. *Comentarios de Seguridad Social* Septiembre 2013.
https://www.bps.gub.uy/bps/file/7125/1/41._programa_de_soluciones_habitacionales_para_jubilados_y_pensionistas_del_bps._nunez.pdf
- Barr, N. 2010. "Long-term care: a suitable case for social insurance." *Social policy & administration* 44(4): 359-374.
- Batthyány, K. 2016. "¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en Montevideo (Uruguay). CEPAL. *Serie Asuntos de Género* 134.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40184/1/S1600418_es.pdf

- Batthyany, K., Genta, N. y Perrotta, V. 2012. La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado, principales resultados. CEPAL. *Serie Mujer y Desarrollo* 117. <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5846/S1200779.pdf?sequence=1>
- Budlender, D. 2008. *The statistical evidence on care and non-care work across six countries*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Calvo, J. J. 2011. "Uruguay: visión y escenarios demográficos al 2050." Comisión Sectorial de Población, Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- Caruso, M., Sebastián G., e Ibararán, P. 2017 "¿Cuidado de largo plazo en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y normativas" *Documento de Trabajo del BID*. Por publicar. Versión en inglés: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8514/Long-Term-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Chen, A., Jacobsen, K. H., Deshmukh, A. y Cantor, S. 2015. "The evolution of the disability-adjusted life year (DALY)" *Socio-economic planning sciences* 49 (sin número):10-15
- Colacce, M. y Manzi, P. 2017. "El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: una mirada de largo plazo." CEPAL. *Serie Estudios y Perspectivas* 27. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42058/S1700410_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dunlop, D. D., Hughes, S. y Manheim, L. 1997. "Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability." *American journal of public health* 87(3): 378-383.
- Encuesta Longitudinal de Protección Social Uruguay. 2013. "Manual del Encuestador"
- Evens, Pilj y Ungerson (1994). *The Welfare Diamond*.
- Figueredo Borda, N., y Zabalegui Yarnoz, A. 2015. "Perceptions of abuse in nursing home care relationships in Uruguay." *Journal of Transcultural Nursing* 26.2: 164-170.
- Gascón, S., y Redondo, N. 2014."Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia." CEPAL. *Serie Políticas Sociales* 207.
- Huenchan, S., ed. 2010. "Ageing, human rights and public policies". CEPAL. *Serie Libros de la CEPAL – Desarrollo Social* 100. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40050>
- Katz, S. 1983. "Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living." *Journal of the American Geriatrics Society* 31(12): 721-727

- Kassebaum, N. J., Megha, A., Barber, R., Zulfiqar A. B., Carter, A. et al. 2016. "Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015." *The Lancet*, 388(10053): 1603-1658; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31460-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31460-X)
- Marco, F. y Rico, M. N. 2013. "Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional". *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, 27-58.
- Marengoni, A., et al. 2011. "Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature." *Ageing research reviews* 10.4: 430-439. <http://people.oregonstate.edu/~flayb/MY%20COURSES/H676%20Meta-Analysis%20Fall2016/Examples%20of%20SRs%20&%20MAs%20of%20associations/Marengoni%20etal11%20SR%20Aging%20with%20multimorbidity.pdf>
- Matus Lopez, M. 2017. "Análisis prospectivo de los servicios de cuidados a la dependencia en Uruguay.". Informe no publicado.
- Medellín, N.; Ibararán, P.; Matus, M., Stampini, M. 2018. "Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados". *Banco Interamericano de Desarrollo. División Protección Social y Salud.* Nota Técnica DB-TN-1438. <https://publications.iadb.org/handle/11319/8909#sthash.7OWk2u4Z.dpuf>
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES). 2012a. "Hacia un modelo solidario de cuidados: propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados". MIDES. http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf.
- . 2012b. "Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2013-2015". MIDES-INMAYORES. http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf
- . 2014. "Cuidados como sistema: propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay". MIDES-DNPS. http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf
- . 2016a. "Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2016-2019". MIDES-INMAYORES. <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/66880/1/plan-nacional-de-envejecimiento-26-de-setiembre-imprenta.pdf>
- . 2016b. Informe personas en situación de calle de fecha 7 de julio de 2016. <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63412/1/respuesta.pdf>

- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP). 2005. "Programa Nacional del Adulto Mayor". MSP, Dirección General de la Salud, División Salud de la Población. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf
- . 2013. "Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles". MSP/PPENT. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2DA_ENCUESTA_NACIONAL_final2_digital.pdf
- . 2015. "Guía de cuidados de la salud para un envejecimiento activo y saludable: consejos para el autocuidado del adulto mayor". MSP, Área Programática del Adulto Mayor http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2.0%20Adultos%20Mayores_0.pdf
- Monteiro, L. y Paredes, M. 2016. "Arreglos de convivencia en la vejez en Uruguay: perfiles específicos para una política de cuidados". Universidad de la República, Uruguay
- Naciones Unidas. 2006. "Convención Sobre Los Derechos de Las Personas Con Discapacidad." <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). 2017. "Hacia una estrategia nacional de desarrollo, Uruguay 2050: Escenarios Demográficos Uruguay 2050". *Serie de Divulgación*, Vol. III. Dirección de Planificación, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República Oriental del Uruguay. https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2018-05/2257_Escenarios_demograficos_Uruguay_2050- web.pdf
- Oreggioni, Ida (2012). "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud." http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=468-capitulo-2-pdf&Itemid=307
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2004. *Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia.* http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1
- . 2011. "Global health and ageing". National Institute on Ageing. National Institutes of Health, NIH Publication N. 11-7737 http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- . 2015. "Envejecimiento y salud". Nota descriptiva N. 404. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- . 2017. "Navegador de La Clasificación Internacional Del Funcionamiento de La Discapacidad y de La." 2017. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS), y Banco Mundial (BM). 2011a. *Informe Mundial Sobre La Discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- . 2011b. “Resumen Del Informe Mundial Sobre La Discapacidad.” http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1.
- Palloni, A. y McEniry, M. 2007. "Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings." *Journal of cross-cultural gerontology* 22(3): 263-285.
- Paredes, M. y Perez, R. 2014. “Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia” En el libro: *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Sistema de Cuidados. INMAYORES-MIDES.* <https://observatorioenvejecimiento.psico.edu.uy/content/personas-mayores-en-uruguay-configuraciones-familiares-participación-social-y-detección-de>
- Pugliese, L. 2007. “Análisis comparado de una selección de programas de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay”. Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. *Comentarios de Seguridad Social* 16. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1674/1/programas-de-proteccion-a-adultos-mayores-en-argentina-brasil-chile-uruguay.-l.-pugliese.pdf>
- . 2013. “Hogares de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social: ¿atención de personas dependientes?”. Banco de Previsión Social, Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. *Comentarios de Seguridad Social* 40. https://www.bps.gub.uy/bps/file/6825/1/06_hogares_anciano_convenio.pdf
- . 2014. “El envejecimiento activo, aproximaciones conceptuales y ejemplos de programas que lo promueven”. Banco de Previsión Social. Asesoría General en Seguridad Social. Banco de Previsión Social. *Comentarios de Seguridad Social* 44. https://www.bps.gub.uy/bps/file/8189/1/44._el_envejecimiento_activo_aproximaciones_conceptuales_y_ejemplos_de_programas_que_lo_promuevan._pugliese.pdf
- Rofman, R., Amarante, V. y Apella, I. 2016. "Demographic Change and Social Policies in Uruguay." in *Demographic Change in Uruguay: Economic opportunities and challenges*. Chapter 1. Word Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/626801467993468037/pdf/106151-PUB-ADD-DOI-ISBN-SERIES-OUO-9.pdf>

Rovner, H. 2015. “Sistema de cuidados en Uruguay: Estudio sobre el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades”, trabajo de consultoría CEPAL, Montevideo. Sin publicar.

Sandoya E. 2016. “Diabetes y enfermedad cardiovascular en Uruguay”. *Revista Uruguaya de Cardiología* 31: 505-514. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v31n3/v31n3a12.pdf>

Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC). 2015. “Plan Nacional de Cuidados: 2016-2020”.
<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf>

———. 2017. “Informe anual 2016”.
<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/84284/1/informe-anual-2016-snic-1.pdf>

———. 2017. “Boletín de Rendición de Cuentas, 15 Junio de 2017”.
<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/84285/transparencia-y-rendicion-de-cuentas>

———. 2018. “Informe anual 2017”.
<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>

The Washington Group. 2017. “The Washington Group Short Set of Questions on Disability”.
<http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>

Sistema de Información Sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE). 2015. “Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y políticas públicas”.

Rico, M. N. 2011. “El desafío de un Sistema Nacional de Cuidados para el Uruguay”. CEPAL. *Series Seminarios y Conferencias* 22.
http://www.ciedur.org.uy/adm/archivos/publicacion_253.pdf

Bases de datos

Encuesta Longitudinal de Protección Social Uruguay. 2013.
<http://www.observatorioregional.net/es/datos-es/>

Naciones Unidas, División de Población. 2017. *The 2017 Revision of World Population Prospects*. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE). INMAYORES.

<http://observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/index.php?subportal=sistema%20de%20vejez%20y%20envejecimiento>

Organización Internacional del Trabajo. ILOSTAT. Bases de datos sobre estadísticas del trabajo.

https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS?end=2016&name_desc=false&start=1960

Banco de Previsión Social (BPS). 2017. Principales Indicadores.

<http://www.bps.gub.uy/bps/file/12770/1/principales-indicadores-2017.pdf>

Banco de Previsión Social (BPS). 2018. Valores actuales.

<https://www.bps.gub.uy/bps/valores.jsp?contentid=5478>

Instituto Nacional de Estadística (INE). 2018. Demografía y Estadísticas Sociales.

<http://www.ine.gub.uy/linea-de-pobreza>

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2015. Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe

Estudio de Carga Global de Enfermedades (2017). Global Burden of Disease Database.

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/

Leyes y normativa

Ley 15,084. 28 de Noviembre de 1980. Dirección De Las Asignaciones Familiares.

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9431749.htm>

Ley 17,066. 24 de Diciembre de 1998. Hogares de Ancianos.

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8070277.htm>

Ley 18,651. 9 de Marzo de 2010. Ley De Protección Integral De Personas Con Discapacidad.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Decreto 214/14. 1 de Agosto de 2014. Reglamentación del Art. 25 de la Ley 18,651 Relativo a la Protección Integral De Personas Con Discapacidad.

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/214-2014>

Ley 19,353. 8 de Diciembre de 2015. Creación Del Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC).

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Decreto 117/016. 4 de Abril de 2016. Reglamentación de la Ley 19,353 Relativo a la Creación del Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC). Servicio De Asistentes Personales

Para Cuidados de Larga Duración Para Personas en Situación de Dependencia Severa.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-2016>

Decreto 356/016. 14 de Noviembre de 2016. Reglamentación del Art. 518 De La Ley 19.355, Relativo a la Regulación, Habilitación y Fiscalización en Materia Social, de los Establecimientos para Cuidados a Personas Mayores.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>

Decreto 428/016. 9 de Enero de 2017. Reglamentación de la Ley 19, 353 Relativa a la Creación Del Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC). Creación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/428-2016>

Anexos

Anexo 1. Baremo de Dependencia

Tabla A1.1. Baremo de dependencia

Actividad	Tareas consideradas							
Comer y beber	Reconocer y alcanzar los alimentos	Cortar o partir la comida en trozos	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	Acercarse el recipiente de bebida a la boca				
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	Acudir a un lugar adecuado	Manipular la ropa	Adoptar o abandonar la postura adecuada	Limpiarse				
Lavarse	Abrir y cerrar grifos	Lavarse las manos	Acceder a la bañera, ducha o similar	Lavarse la parte inferior del cuerpo	Lavarse la parte superior del cuerpo			
Realizar otros cuidados corporales	Peinarse	Cortarse las uñas	Lavarse el pelo	Lavarse los dientes				
Vestirse	Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	Calzarse	Abrocharse botones o similar	Vestirse las prendas de parte inferior del cuerpo	Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo			
Mantenimiento de la salud	Solicitar asistencia terapéutica	Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	Pedir ayuda de urgencia			
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	Cambiar de tumbado a sentado en la cama	Permanecer sentado	Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	Permanecer de pie	Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	Transferir del propio cuerpo mientras se está sentado	Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado

Actividad	Tareas consideradas							
Desplazarse dentro del hogar	Realizar desplazamientos para vestirse	Realizar desplazamientos para comer	Realizar desplazamientos para lavarse	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	Acceder a todas las estancias comunes del hogar		
Desplazarse fuera del hogar	Acceder al exterior	Realizar desplazamientos alrededor del edificio	Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos		
Realizar tareas domesticas	Preparar comidas	Hacer la compra	Limpiar y cuidar de la vivienda	Lavar y cuidar la ropa				
Tomar decisiones	Decidir sobre la alimentación cotidiana	Dirigir los hábitos de higiene personal	Planificar los desplazamientos fuera del hogar	Orientar sus relaciones interpersonales con personas conocidas	Orientar sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	Disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas	Resolver el uso de servicios a disposición del publico
Vida comunitaria, social, cívil	Participar en todos los aspectos de la vida social comunitaria (organizaciones benéficas, sociales, etc.)	Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio						
Habilidades de comunicación y autonomía psíquica	Expresa placer y displacer	Reconoce y expresa emociones	Reconoce y respeta códigos sociales	Comunicación-recepción de mensajes hablados	Comunicación-recepción de mensajes no verbales	Hablar		

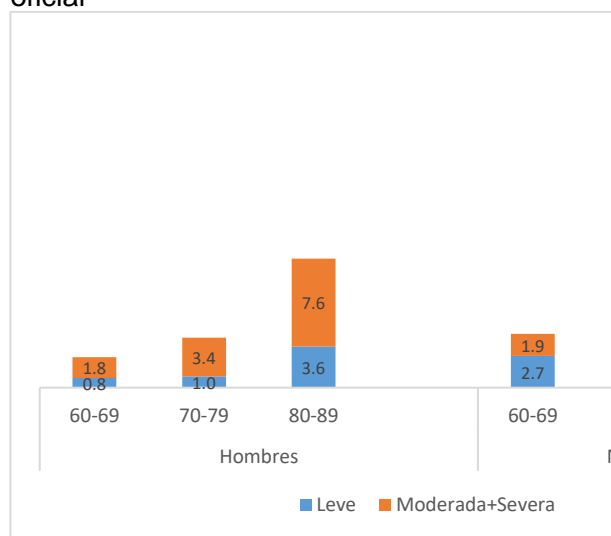
Anexo 2. Aproximación al Baremo con los datos de la ELPS

El cuestionario de la ELPS no abarca el mismo grado de detalle que el baremo; en particular, en la ELPS se indaga acerca del grado de dificultad que muestra la persona para realizar las mismas 13 actividades consideradas en el baremo, pero no se incluyen las diferentes tareas dentro de cada actividad. Aun así, a partir de una adaptación de los ponderadores que se utilizan en el baremo, es posible, a partir de la ELPS, calcular una aproximación a la clasificación oficial de dependencia en la que se basa el sistema para determinar el acceso a las prestaciones.

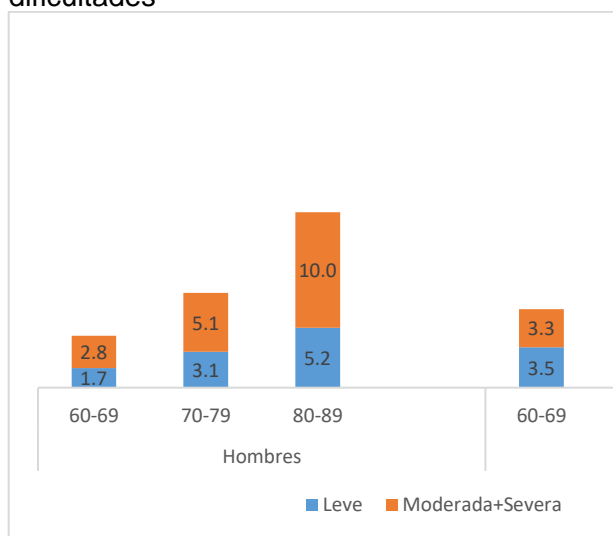
El resultado de este ejercicio se muestra en la Figura A1.1, panel A. A efectos de facilitar la comparación con la clasificación por niveles de dependencia que surge de aplicar el criterio usado en el reporte (i.e. presencia de dificultades en las AIVD y las ABVD), en el panel B se replica la Figura 5 presentada en el texto principal.

Figura A1.1. Comparación entre distintos criterios de clasificación de la dependencia

Panel A: Clasificación en base a Baremo oficial



Panel B: Clasificación en base a presencia de dificultades



Fuente: Elaboración de las autoras con base en los datos de la ELPS Uruguay, y a datos proporcionados por el Sistema Integrado de Cuidados.

Como puede observarse, los umbrales de dependencia en los que se basa el baremo oficial son más elevados que los que surgen de una clasificación que se basa en la simple presencia o ausencia de dificultades en la realización de actividades, como la usada en el análisis aquí presentado. En otras palabras, hay ciertos individuos que consideramos dependientes en el reporte, pero que caen fuera de la clasificación al utilizar el proxy del baremo, ya sea porque el tipo de ayuda que se necesita es poco demandante en términos de intensidad o porque la frecuencia con que se requiere la misma es relativamente baja. Más allá de esta diferencia, se destaca que utilizando cualquiera de las dos clasificaciones, las conclusiones generales se mantienen: a medida que la población envejece, aumenta tanto la prevalencia como la intensidad de la dependencia; y para todos los grupos de edad, las mujeres son las más afectadas. La importancia de enfermedades crónicas en la categorización de dependencia también resulta

evidente con la clasificación basada en el baremo: entre quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica, 11% presenta también al menos algún grado de dependencia, frente a 2% entre aquellos sin diagnóstico.

A los efectos de garantizar la comparación regional, en este reporte, optamos por utilizar una definición de dependencia simple, que se basa en la presencia (o ausencia) de dificultades para realizar determinadas actividades de la vida diaria. Esto se debe a que las preguntas respecto al tipo, la intensidad, y la frecuencia de la ayuda que se necesita, no se encuentran disponibles en encuestas de otros países. El análisis comparativo entre una y otra forma de clasificación, presentado en este Anexo, permite afirmar que las conclusiones presentadas en el reporte no se verían afectadas de cambiar el criterio de clasificación.