



El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: diagnóstico, desafíos y recomendaciones

Editado por Natalia Aranco y Alexandre Bagolle





El Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay: diagnóstico, desafíos y recomendaciones

Ana Balsa^a, Cecilia Irazoqui^b, Soledad Salvador^c, Mariana Papadopolus^d, Deborah Zak^e

Editado por

Natalia Aranco^f, Alexandre Bagolle^f

Este estudio es resultado de una consultoría realizada para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad* (Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay), a través de la Dirección de Cuidados, en el marco de la cooperación técnica "Apoyo al fortalecimiento y sostenibilidad del Sistema Nacional Integrado de Cuidados" (UR-T1309).

Los autores agradecen muy especialmente a las autoridades y equipos técnicos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), cuya apertura y colaboración fueron fundamentales para facilitar este estudio. Agradecen también a los representantes del Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), Instituto Nacional del Niño y el Adolescente (INAU), Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Economía y Finanzas, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Banco de Previsión Social por la información brindada y el acompañamiento en el proceso de consultas realizado. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. El contenido y los hallazgos de este trabajo reflejan las opiniones de los autores y no necesariamente las del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo, ni la de los países que representa.

^a Departamento de Economía, Universidad de Montevideo; ^b Consultora independiente en procesos de aprendizaje;

^c CIEDUR, Área de Desarrollo y Género; ^d Asistente de consultoría; ^e Consultora independiente; ^f Banco Interamericano de Desarrollo.

* Luego de la conformación del nuevo Gobierno de Uruguay en marzo de 2025, se decidió restablecer la separación entre la Secretaría Nacional de Cuidados y el área de Discapacidad, creando el Instituto Nacional de Discapacidad. Esta medida fue establecida en la ley de presupuesto que entra en vigor a partir del 1 de enero de 2026. Tiene como objetivo recuperar las especificidades de ambas áreas y fortalecer su institucionalidad. Asimismo, desde marzo, se retomó la convocatoria regular y participativa de los organismos de gobernanza del Sistema de Cuidados, Junta Nacional de Cuidados y Comité Consultivo quienes en conjunto elaboraron la propuesta para el 3er Plan Nacional de Cuidados.

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

www.iadb.org

Copyright © 2026 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento 4.0 de Creative Commons CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.es>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

Todas las disputas que surjan en relación con esta licencia y que no puedan resolverse de manera amistosa se resolverán de acuerdo con el siguiente procedimiento. Mediante una notificación de mediación comunicada por medios razonables por usted o el licenciante a la otra parte, la disputa será sometida a mediación no vinculante de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI). Cualquier disputa que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo, y el uso del logotipo del BID no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

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





Índice

1. Introducción	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Motivación	1
2. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados: objetivos, institucionalidad y gobernanza	4
2.1 Objetivos	4
2.2 Institucionalidad	5
2.3 Articulación con otros organismos referentes: el desafío de la interinstitucionalidad	8
3. Demanda de servicios de cuidados en Uruguay	9
3.1 Tendencias demográficas: la caída de la natalidad y el envejecimiento de la población	9
3.2 Factores socioeconómicos que afectan la demanda de cuidados: altos niveles de pobreza infantil y personas mayores que viven solas	14
4. Oferta de servicios de cuidados en Uruguay	16
4.1 Servicios de cuidados para la población infantil	16
4.1.1 Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la infancia	19
4.1.2 Calidad de los servicios de cuidados para la infancia	24
4.2 Servicios de cuidados para la población en situación de dependencia	31
4.2.1 Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia	33
4.2.2 Calidad de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia	39
5. El futuro del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: propuestas para un sistema fortalecido	46
5.1 La demanda futura de cuidados	46
5.2 Posibles recomendaciones para los servicios de cuidados a la infancia	48
5.3 Recomendaciones para los servicios de cuidados a la población con dependencia	54
Referencias bibliográficas	61

1. Introducción

1.1 Antecedentes

El objetivo de este reporte es presentar un análisis de los servicios de cuidados existentes en Uruguay, con el fin de identificar avances y desafíos en materia de cobertura y calidad, y proponer posibles áreas de mejora para el fortalecimiento de la matriz de cuidados.

Los resultados se basan en tres consultorías encargadas por la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SNCyD) al Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Estas consultorías se enfocaron en los servicios de cuidados para tres grupos: la población infantil (Balsa y Zak, 2025), la población con discapacidad en situación de dependencia (Irazoqui y Papadopolus, 2025) y la población mayor en situación de dependencia (Salvador,

2025). Por razones de espacio, este resumen recoge únicamente los aspectos más relevantes para entender el funcionamiento, las fortalezas y los desafíos de los programas analizados. Se recomienda consultar los informes completos de las consultorías en caso de querer ahondar en algún aspecto en particular.

Las tres consultorías por población objetivo se complementan con una cuarta consultoría, cuyo objetivo fue analizar, desde el punto de vista financiero, la inversión que necesitaría el país para conformar un sistema fortalecido de cuidados y las posibles formas de financiamiento que garanticen su sostenibilidad a corto, mediano y largo plazo. Para más información, véase Villalobos (2025).

1.2 Motivación

Las tareas de cuidados se definen como las actividades realizadas por una o varias personas con el objetivo de apoyar a otras en el cumplimiento de sus necesidades materiales, biológicas, emocionales y espirituales (Chopra y Sweetman, 2014). Los cuidados son esenciales para garantizar no solo el bienestar y desarrollo personal de quienes los reciben, sino también el desarrollo socioeconómico de los países (Chopra y Sweetman, 2014; Alonso et al., 2019).

El cuidado puede ser directo (apoyo en las actividades básicas de supervivencia de una persona) o indirecto (apoyo a la vida independiente que no necesariamente implica un contacto directo con

la persona cuidada, como la preparación de alimentos) (Addati et al., 2018), y puede ser provisto por el Estado, el mercado, la sociedad civil o las familias (Razavi, 2007).

Ante la ausencia de soluciones de calidad efectivas y accesibles, ya sea brindadas por el Estado o por el mercado, son las familias —y, en particular, las mujeres— quienes asumen mayoritariamente la responsabilidad de cuidar a los demás miembros de la sociedad, ya sean niños o personas en situación de dependencia funcional. Esto tiene consecuencias negativas importantes tanto para su salud física, emocional y mental, como para su autonomía económica, ya que, muchas veces,

sus posibilidades de participar en el mercado de trabajo se ven limitadas. Por ejemplo, en Uruguay, el 40% de las personas cuidadoras de mayores que no reciben remuneración experimenta algún síntoma de depresión (Fabiani et al., 2024). Además, entre las mujeres que no trabajan, el 43% declara no hacerlo por tener responsabilidades familiares (con base en resultados de la Encuesta de Uso de Tiempo de 2022).

La evidencia para Uruguay también muestra que la tasa de participación laboral femenina es más baja entre quienes tienen hijos pequeños que no concurren a un centro educativo y no disponen de un servicio doméstico contratado (Espino y Salvador, 2018). Existe también una fuerte evidencia sobre la penalización por maternidad en el mercado laboral uruguayo. La participación de las mujeres en el mercado formal de trabajo cae un 30% en el corto plazo y un 60% en el largo plazo (a los 10 años) luego del nacimiento del primer hijo. Este efecto es aún más pronunciado en los quintiles de ingresos más bajos (Querejeta, 2020). Incluso en los casos en que las mujeres deciden participar en el mercado de trabajo, lo hacen, en promedio, menos horas: mientras que casi un 40% de las mujeres asalariadas en el sector privado formal trabajan 20 horas semanales o menos, solo el 14% de los hombres tiene una carga horaria semanal tan baja (Banco de Previsión Social, 2020).

El desarrollo de políticas y sistemas de cuidados es, por lo tanto, un pilar fundamental de la equidad de género. Uruguay ha sido pionero en la región en el desarrollo de un sistema integral de cuidados aprobado por ley que incluye a todas las poblaciones demandantes de cuidados, así como a sus

cuidadores. A casi 10 años de su puesta en marcha, el sistema ha logrado avances importantes. Sin embargo, persisten varios desafíos, como es esperable dada la magnitud del reto. Estos desafíos tienen que ver con asegurar una cobertura más amplia de servicios de calidad en un contexto de demanda creciente y cambiante, al mismo tiempo que se garantiza la sostenibilidad financiera y social del sistema. En este contexto, este reporte presenta un análisis de los servicios de cuidados disponibles en el país, sus características, fortalezas y debilidades, y propone opciones de mejora para el futuro.

Es importante recalcar que la visión de fondo de este reporte (y de todos los asociados a esta consultoría) es la de los cuidados como inversión. Existe evidencia sólida internacional que muestra cómo los servicios de cuidados redundan en retornos económicos y sociales que van más allá de lo invertido en un inicio. Entre otros, muestran una mejora del capital humano del país (Berlinski et al., 2008; Borraz y Cid, 2013; Bloomfield, 2024),¹ una mayor eficiencia del gasto público (por ejemplo, en salud) (Aranco et al., 2024), un aumento de la participación laboral femenina, mayores contribuciones a la seguridad social, y en definitiva, mejores niveles de crecimiento económico y cohesión social.

El resto del reporte se organiza de la siguiente manera: en la sección 2 se presenta el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), sus objetivos, su institucionalidad y su relación con otros organismos. En la sección 3 se describen brevemente los factores que influyen en la demanda de cuidados en el país. En la sección 4 se presentan

1. En Balsa y Zak (2025) se incluye una discusión más amplia sobre los efectos de los servicios de educación y cuidados en edades tempranas en el desarrollo del capital humano de los niños.



los servicios de cuidados existentes, con foco en aquellos que se encuentran bajo la órbita del SNIC (aunque con excepciones). También se presentan los cuidados destinados a la población infantil y los destinados a la población en situación de depen-

dencia, analizando los principales desafíos tanto en términos de cobertura como de calidad. Por último, en la sección 5, se concluye con el lineamiento de algunas posibles acciones que podrían fortalecer el sistema a futuro.

2. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados: objetivos, institucionalidad y gobernanza

2.1 Objetivos

Uruguay es el primer país de la región en implementar un sistema nacional integral de cuidados con base legal e institucional. El SNIC se creó a partir de la Ley 19.353 de diciembre de 2015 y se define como “el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia” (art. 3). El sistema se concibe como un conjunto de políticas integrales en el área de los cuidados, mediante las cuales el Estado asume la responsabilidad de participar activamente en el diseño de soluciones que intenten dar respuesta a los desafíos que imponen los cambios demográficos y sociales.

El objetivo del SNIC 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” (SNIC, 2015, p. 11). En este sentido, el sistema trata de reducir las desigualdades sociales 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, desvalorizándolos y volviéndolos invisibles a los ojos de la sociedad (SNIC, 2015).

Para ello, el organismo contempla tres poblaciones objetivo: (1) los niños menores de 12 años;² (2) las personas en situación de dependencia funcional a lo largo del ciclo de la vida; y (3) las personas cuidadoras. Atendiendo a razones presupuestales, para cada una de estas poblaciones se establecen grupos de prioridad en función de la edad y el grado de dependencia de la persona (véase sección 4). Para dar cobertura a estas poblaciones, el sistema abarca, por un lado, la coordinación, consolidación y expansión de servicios ya existentes y, por otro, la creación de prestaciones nuevas. Todos ellos se toman en cuenta en este reporte.

2. Como se indica en la sección 4.1, el sistema ha hecho especial foco en la primera infancia (0 a 3 años).

2.2 Institucionalidad

El SNIC mantiene una gobernanza de carácter interinstitucional en la que participan múltiples actores del gobierno central, gobiernos departamentales, entes privados y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El ámbito de mayor jerarquía del sistema es la Junta Nacional de Cuidados, órgano rector de la política pública de cuidados y de coordinación política. La Junta se encarga de definir los objetivos del sistema, sus prioridades y los lineamientos estratégicos a seguir, así como de proponer políticas y asesorar al Ejecutivo en materia presupuestal. Se conforma por representantes de cinco ministerios (Desarrollo Social, Economía y Finanzas, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, y Salud Pública), la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Banco de Previsión Social (BPS), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y el Congreso de Intendentes. Además, el Instituto Nacional de las Mujeres y la SNCyD participan con voz, pero sin voto.

Como parte de la Junta Nacional de Cuidados funcionan, a su vez, las llamadas comisiones interinstitucionales, integradas por organismos públicos con competencias específicas en el diseño y ejecución de políticas para las distintas poblaciones objetivo. Funcionan cinco comisiones: Dependencia, Infancia, Formación, Regulación y Comunicación.

El órgano rector y coordinador del sistema es la SNCyD,³ que funciona bajo la órbita del Ministerio

de Desarrollo Social (MIDES). Esta tiene a su cargo la articulación, coordinación y supervisión de las políticas de cuidados, así como la asignación de las partidas presupuestales bajo los lineamientos establecidos por la Junta Nacional de Cuidados.

Desde 2020, la SNCyD se integra por dos direcciones:

- **Dirección de Cuidados**, integrada, a su vez, por cinco divisiones: (a) Dependencia, (b) Infancia, (c) Servicios, (d) Planificación y seguimiento, y (e) Contralor de programas.

Las divisiones de Dependencia e Infancia, llamadas 'áreas de población', tienen un rol de rectoría, diseño y planificación de las políticas orientadas a cada grupo. La división de Servicios tiene como función principal implementar y gestionar los programas. El área de Planificación y seguimiento se encarga de la gestión de información, la elaboración de insumos para la planificación y la evaluación de los componentes del SNIC, así como la redacción de las memorias anuales y quinquenales. El departamento de Contralor de programas trabaja sobre el marco normativo del sistema de cuidados (tanto en lo que respecta a la creación de nuevos marcos normativos como en lo que respecta al contralor del funcionamiento de los programas).

- **Dirección de Discapacidad**, integrada por cuatro divisiones: (a) Alojamiento con apoyos, (b) Apoyo para la inclusión, (c) Regulación, y (d)

3. Originalmente, la Ley 19.353, creó la Secretaría Nacional de Cuidados, que se integraba por las siguientes áreas: Área de Infancia, Área de Personas Mayores, Área de Personas con Discapacidad y Área de Planificación y Seguimiento. En 2020, en el marco de una reestructura interna del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), se integró el Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis). Este hecho se materializó en el artículo 484 de la Ley 19.924 (Presupuesto Nacional 2020-2024), que reemplaza al artículo 16 de la Ley 19.353.



Territorios. Y tres centros: Centro Tiburcio Ca-
chón, Centro Nacional de Apoyos Técnicos y
Tecnológicos, y Centro Artigas.

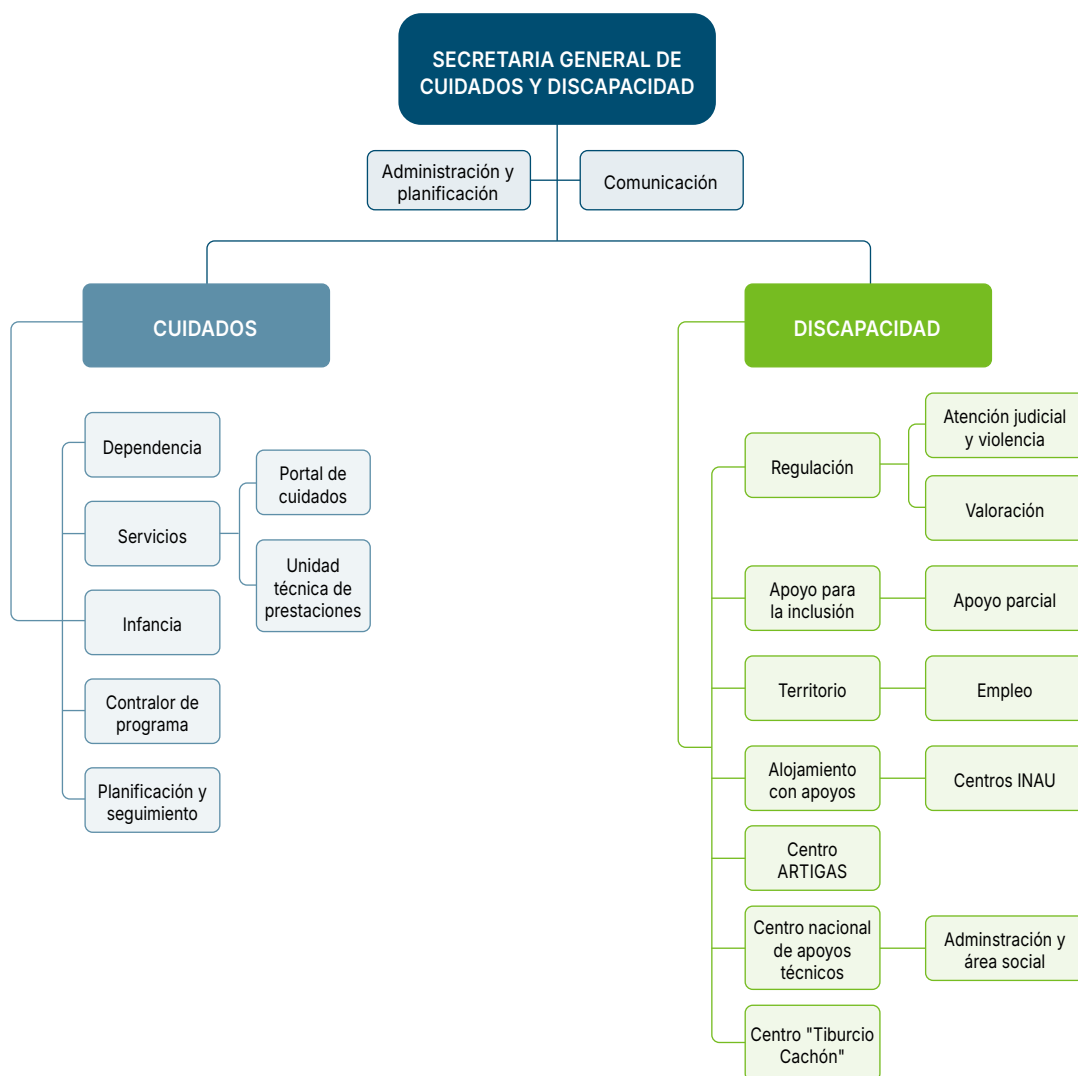
El personal de administración y comunicación de-
pende directamente de la SNCyD y cubre tareas
de ambas direcciones.

Por otra parte, en 2018 se creó la Unidad de Género
(UG), que funciona dentro de la órbita de la Secre-
taría. La UG busca transversalizar la perspectiva
de género en la política de cuidados desde el rol
que cumple la SNCyD como articuladora interins-
titucional del SNIC. A su vez, tiene como objetivo
contribuir a la creación y al fortalecimiento de los
mecanismos y acciones para el logro de la igualdad
de género. Para cumplir con estos objetivos, la
Secretaría mantiene un vínculo de comunicación
y asesoramiento mutuo con el Instituto Nacional
de las Mujeres (Inmujeres) y, en específico, con la
División de Autonomías y Desarrollo. Este trabajo,
ampliamente fructífero, permitió el abordaje de

diversas líneas de trabajo conjuntas de manera
complementaria y sinérgica. En el Gráfico 1 se
resume la organización institucional de la SNCyD.

Por último, el SNIC está integrado por el Comité
Consultivo de Cuidados, a través del cual participan
los trabajadores del sector, la sociedad civil, el
sector privado y la academia. El Comité Consul-
tivo tiene como objetivo asesorar a la Secretaría
acerca de las mejores prácticas para implementar
las políticas y alcanzar los objetivos del sistema.
Entre sus cometidos se encuentran: i) monitorear
la implementación del SNIC y asesorar a la Secre-
taría en este aspecto; ii) garantizar la igualdad de
condiciones de acceso y el respeto por los dere-
chos humanos de quienes son cuidados y quienes
brindan cuidados, realizando informes anuales
referentes a estos puntos; iii) realizar aportes al
Plan Nacional de Cuidados y su seguimiento; y iv)
contribuir a la elaboración de los informes anuales
realizados por la Secretaría.

GRÁFICO 1. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA NACIONAL DE CUIDADOS Y DISCAPACIDAD



Fuente: Dirección de Cuidados.

El despliegue a nivel territorial se realiza a través de la estructura del MIDES, en concreto, de la Dirección Nacional de Gestión Territorial (DNGT) y de los espacios de articulación interinstitucional territorial (Comisiones de Seguimiento Territorial, CST).

2.3 Articulación con otros organismos referentes: el desafío de la interinstitucionalidad

El SNIC fue concebido desde sus inicios como un sistema integrado que involucra la participación y coordinación de diversas instituciones y actores públicos y privados, tanto en la definición de sus lineamientos estratégicos como en la implementación de sus acciones.

En materia de infancia y, en particular, de primera infancia, históricamente los servicios de educación y cuidados han estado organizados en torno a dos instituciones: el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y la Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP) de la ANEP. Desde la aprobación de la Ley 19.353, ambas instituciones están integradas en el SNIC. Este organismo tiene una visión sistémica de la política pública de cuidados, y su institucionalidad fue diseñada para coordinar esfuerzos entre actores del sector público, instituciones privadas, OSC y la academia.

Sin embargo, esta coordinación se ve limitada por la falta de una relación jerárquica entre las partes y por la estructura presupuestal, que está fragmentada entre las distintas instituciones que forman parte del sistema, solapándose en múltiples aspectos.

En materia de dependencia, muchos de los programas fueron creados junto con el SNIC, por lo que dependen exclusivamente de este, lo que facilita la gobernanza. Una excepción son los servicios residenciales que ya existían en el país y cuya regulación requiere la coordinación con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Además, en el caso de la atención a la dependencia para la población con discapacidad, los servicios implementados en el ámbito del SNIC coexisten con programas gestionados por la Dirección de Discapacidad (como, por ejemplo, el programa de Apoyo Parcial), que cuenta con un presupuesto independiente.

3. Demanda de servicios de cuidados en Uruguay

Si bien todas las personas pueden necesitar cuidados a lo largo de su vida de manera circunstancial, son dos los grupos poblacionales que concentran la demanda de cuidados de forma más o menos permanente: los niños y las personas que presentan algún nivel de dependencia, ya sea debido a alguna limitación física, cognitiva o mental, o ante la pérdida paulatina de capacidades funcionales relacionadas con una edad avanzada.

Las características de los servicios de cuidados que requieren cada uno de estos grupos difieren no solo en el tipo de actividades para las que se requiere apoyo y en su intensidad, sino también en lo que respecta a la infraestructura y los recursos humanos necesarios para su provisión.

La demanda de cuidados no solo depende de la edad y el estado funcional de las personas. Sus características socioeconómicas también influyen, ya que impactan en la capacidad, tanto de satisfacer las necesidades de cuidados de forma autónoma

dentro de la familia como de contratar los servicios privados ofrecidos en el mercado. Además, las características socioeconómicas se suelen utilizar como criterios para focalizar el acceso a los servicios y prestaciones que ofrece el Estado.

La valoración de los servicios de cuidados fuera del hogar por parte de las familias y las preferencias familiares en relación con ocio, trabajo y salario de reserva también afectan directamente a la demanda de cuidados. A su vez, las configuraciones familiares y la participación laboral de las mujeres afectan a la red de familiares que cuidan de manera no remunerada.

Es importante, por lo tanto, entender la estructura y composición de la demanda en Uruguay para evaluar la adecuación de los servicios de cuidados en el país y proponer medidas que mejoren la cobertura y calidad de los mismos. En esta sección se describen algunos de estos factores.

3.1 Tendencias demográficas: la caída de la natalidad y el envejecimiento de la población

Entre 2016 y 2023, Uruguay ha experimentado una notable disminución en la tasa de fecundidad. En 2015, la tasa se situaba en 1,9 hijos por cada mujer, pero en 2023 esa cifra había descendido a 1,2. Este cambio representa una transformación en los patrones reproductivos del país: mientras en 2016 la cantidad de nacimientos ascendía a 47.058, en 2023 nacieron 31.385 niños, un 33% menos.

Además de la implementación de políticas públicas anticonceptivas que lograron disminuir la tasa de embarazos adolescentes en el país, dos factores han contribuido al menor número de nacimientos: la caída de la tasa de fecundidad en los segundos y terceros nacimientos y el aplazamiento de la edad de embarazo (Cabella et al., 2024; Ferré et al., 2023; Pereira y Paseyro, 2023). Entre 2016 y 2021, la edad promedio de la mujer en el primer

nacimiento aumentó dos años. Como consecuencia de estos factores, la cantidad de niños de 0 a 5 años en el país ha seguido una tendencia decreciente, pasando de 285.497 en 2015 a 210.219 en 2023, una caída de 26% en el período (con base en datos del Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública).⁴

El descenso en las tasas de natalidad se dio en paralelo a un aumento de la esperanza de vida, lo que ha llevado a un envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer aumentó más de tres años entre el 2000 y el 2023, pasando de 74,7 años a 78,1. Más aún, una vez alcanzada la edad adulta, la esperanza de vida aumenta cada vez más. A los 65 años, una persona en Uruguay puede esperar vivir casi 19 años más, un aumento de dos años respecto al 2000, con una diferencia importante entre hombres y mujeres (16 frente a 21, respectivamente) (Naciones Unidas, 2024).

Como consecuencia, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasó del 13,1% en 2000 al 15,8% en 2023. En términos absolutos, esto significa que el número de personas mayores aumentó de 427.000 a 536.000 en ese período, un incremento de casi el 26%. El aumento fue aún más acelerado entre las personas mayores de 80 años, cuyo número creció de 95.000 a 159.000, casi un 70% más. Este grupo de edad pasó de representar un 2,9% de la población en el año 2000 a un 4,7% en 2023 (Naciones Unidas, 2024).

El envejecimiento de la población está asociado a un aumento de la cantidad de personas en situación de dependencia funcional (véase Recuadro 1), ya que las personas mayores son más proclives a presentar limitaciones y dificultades para llevar adelante una vida autónoma. En efecto, según estimaciones de Villalobos (2025), un 20% de las personas mayores de 65 años —alrededor de 110.000 personas— puede clasificarse como dependiente (véase **Recuadro 1**), comparado con un 3,2% entre los menores de 65 —92.000 personas, aproximadamente (**Cuadro 1**).

4. Por falta de información desagregada, la estimación no considera niños inmigrantes nacidos fuera del país, aunque es importante señalar que en los últimos años hubo un incremento de los movimientos migratorios hacia Uruguay. Un estudio reciente sobre los inmigrantes en la educación inicial y primaria pública uruguaya (Monitor Educativo ANEP Informe de Inmigrantes, 2023) indica que la cantidad de niños nacidos en el extranjero inscriptos aumentó 25% entre 2018 y 2022, pasando de 4.746 a 5.929 en el período.



CUADRO 1. PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL POR GRUPOS DE EDAD, 2024

EDAD	TOTAL DE PERSONAS	PREVALENCIA	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS CON DEPENDENCIA
0-4	888	0,5%	0,4%
5-14	10.898	2,4%	5,4%
Total niños	11.786	1,9%	5,9%
15-29	15.236	2,1%	7,6%
30-64	64.673	4,3%	32,1%
Total menores de 65	91.695	3,2%	45,5%
65-69	13.921	8,8%	6,9%
70-74	16.816	13,1%	8,3%
75-79	20.873	20,8%	10,4%
80+	58.160	36,1%	28,9%
Total 65+	109.770	20,0%	54,5%
Total	201.465	6,3%	100%

Nota: ver Recuadro 2 para una explicación metodológica del cálculo de prevalencias de la dependencia funcional para los distintos grupos de edad.

Fuente: elaboración propia con base en los datos de Naciones Unidas (2024), la Encuesta Longitudinal de Protección Social (2015) y el Censo Nacional (2011).

RECUADRO 1. EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

La dependencia funcional se define como la necesidad de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, debido a la falta de autonomía física, psíquica o mental (SNIC, 2017). Estas actividades se dividen en básicas (aquellas que son fundamentales para la vida y el autocuidado, como comer, bañarse o desplazarse dentro del hogar, por ejemplo), e instrumentales (actividades que apoyan la vida independiente, como cocinar o manejar las finanzas personales, por ejemplo).

La herramienta de valoración de la dependencia utilizada por el SNIC evalúa la dificultad y necesidad de ayuda que tienen las personas en 13 actividades básicas e instrumentales, que se ponderan en función de la edad de la persona evaluada. Dependiendo del tipo de actividades en las que requieran asistencia y de la intensidad de la misma, se clasifica la dependencia en tres niveles: (1) dependencia severa y total: personas que necesitan de apoyo de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria; (2) personas con necesidad de apoyo de terceros para salir del hogar, realizar tareas domésticas y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, orientación o funcionamiento mental básico sin llegar a los niveles de dependencia considerados en el grupo anterior; (3) personas que necesitan apoyo de terceros para determinadas actividades y se podrían beneficiar de algún componente del sistema de cuidados dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite, pudiéndose complementar con otros servicios de prestaciones (para más información, ver SNIC, 2017).

Finalmente, se debe tener en cuenta que la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que también depende del contexto, que puede proveer instrumentos y oportunidades para garantizar la autonomía funcional. En otras palabras, la existencia de limitaciones funcionales no necesariamente significa dependencia. Una persona ciega, por ejemplo, puede ser completamente autónoma en el desarrollo de sus actividades diarias y, por lo tanto, no encontrarse en situación de dependencia.

En total, se estima que hay 411.682 personas dependientes de cuidados en Uruguay.⁵ Un 51% (210.000) son niños de 0 a 5 años sin limitaciones funcionales pero que necesitan los cuidados propios del proceso de desarrollo. El resto (49%, 201.000 personas) corresponde a personas en situación de dependencia funcional debido a limitaciones físicas, sensoriales, mentales o cognitivas, que requieren de apoyo de terceros para desarrollar su vida diaria. Un poco más de la mitad de las personas de este último grupo son mayores de 65 años.

RECUADRO 2. EL CÁLCULO DE LA PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN URUGUAY

La falta de datos que permitan evaluar la dependencia funcional a lo largo del ciclo de vida en la población uruguaya supone un desafío para el análisis. Los datos disponibles que más se acercan a una aproximación de la dependencia funcional son los provenientes de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) de 2015. Esta encuesta incluye a la población mayor de 16 años e indaga sobre la presencia de limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas, por un lado, y sobre la presencia de dificultades y necesidad de ayuda en un conjunto de actividades de la vida diaria, por otro.

Para estimar la prevalencia de la dependencia funcional entre la población mayor de 15 años, se realizó un ejercicio de correspondencia entre las preguntas incluidas en la ELPS 2015 y las utilizadas en el baremo oficial de dependencia utilizado por la SNCyD para evaluar a la población objetivo. Sin embargo, dado que ambos instrumentos difieren en las preguntas consideradas, las estimaciones que se presentan en este trabajo no necesariamente coinciden con las que resultarían de la aplicación del baremo a nivel nacional, aunque se aproximan. En Villalobos (2015), Anexo 4, se incluye un análisis más detallado de la metodología utilizada y los supuestos detrás de las estimaciones.

Para la población menor de 16 años, no es posible hacer este ejercicio, ya que no se dispone de una fuente a nivel nacional que indague sobre su funcionalidad. Por tal motivo, para esta población se utilizaron los datos de discapacidad como *proxy* de la dependencia funcional. Se calculó la prevalencia de la discapacidad entre las personas de 0 a 15 años con base en los datos del Censo 2011 (última información disponible al momento de la elaboración del informe), como la presencia de dificultades (de cualquier grado) para ver, oír, caminar o aprender.

5. A esta cifra habría que sumarle casi 330.000 niños más con edades de 6 a 12 que, estrictamente, también forman parte de la población objetivo del Sistema.

Sin embargo, la presencia de limitaciones no implica necesariamente una situación de dependencia funcional. Para ajustar por este hecho, se supone que la relación entre discapacidad y dependencia entre la población de 0 a 15 años es la misma que la vigente entre la población de 16 a 19 años, la cual sí es posible obtener a partir de la ELPS. En promedio, se calcula que en esta franja etaria un 37% de la población con discapacidad se encuentra en situación de dependencia funcional. Ver Villalobos (2025), Anexo 4, para un mayor detalle sobre la metodología y resultados obtenidos.

Para determinar las necesidades de cuidados, no solo es importante considerar la presencia o no de dependencia, sino también su intensidad (véase **Recuadro 1**). En términos relativos, la intensidad de la dependencia es mayor entre los niños de 0 a 4 años y entre las personas mayores de 80. En efecto, mientras un 17% de la población dependiente se clasifica como dependiente severa, este porcentaje aumenta al 40,5% entre la población de 0 a 4 años, y al 23,8% entre los mayores de 80 (**Cuadro 2**).

CUADRO 2. COMPOSICIÓN DE LA DEPENDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y GRADO, 2024 (% DEL TOTAL)

EDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA
0-4	30,3%	29,2%	40,5%
5-14	31,6%	47,3%	21,1%
15-30	29,2%	48,3%	22,5%
30-64	45,9%	44,3%	9,8%
65-79	44,6%	40,0%	15,5%
80+	40,5%	35,7%	23,8%
Todas las edades	41,9%	41,1%	17,0%

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la ELPS (2015) y el Censo (2011). Véase Villalobos (2025) para más detalles.

A medida que la población siga envejeciendo, se espera que cambie la composición de la demanda de cuidados, con un aumento en la importancia relativa de los cuidados de personas mayores respecto al cuidado infantil (véase sección 5.1).

3.2 Factores socioeconómicos que afectan la demanda de cuidados: altos niveles de pobreza infantil y personas mayores que viven solas

Las características socioeconómicas de la población también impactan en la demanda de cuidados. La situación de vulnerabilidad económica de las familias no solo afecta a su capacidad de adquirir servicios en el mercado, sino que también es un determinante de sus posibilidades para proveer servicios no remunerados en el seno familiar, de sus preferencias y, en parte, del acceso a los servicios públicos.

Uruguay es un país con aproximadamente un 10% de su población por debajo de la línea de pobreza, la cual se concentra fundamentalmente en la infancia. De acuerdo con un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2023), el 44% de la población pobre son niños y adolescentes. Entre los menores de 6 años, la pobreza monetaria alcanzaba al 20,1% en 2023 (INE, 2024). Esto representa 42.254 niños cuyos hogares no cuentan con las condiciones para satisfacer sus necesidades básicas. La pobreza continúa afectando a estos niños durante su infancia y adolescencia, ya que la tasa de pobreza entre los 6 y 17 años es del 18,1%. Además, el 43% de los niños entre 0 y 5 años pertenecen a hogares receptores de transferencias no contributivas de Asignaciones Familiares, del Plan Equidad (AFAM-PE) y/o de la Tarjeta Uruguay Social (TUS).⁶

La pobreza y las necesidades básicas insatisfechas se asocian a condiciones prenatales adversas como bajo peso al nacer, privaciones materiales en el hogar (por ejemplo, problemas de alimentación, vivienda y confort), inseguridad y maltrato, estrés

parental, ausencia de estimulación y de promoción de la educación, acceso a una mala infraestructura educativa, sanitaria y de recreación, y efectos de pares negativos (Balsa y Zak, 2025). Esto condiciona el desarrollo infantil, pudiendo desencadenar problemas cognitivos, socioemocionales, de salud física y de salud mental que se perpetúan a lo largo de todo el ciclo de vida. De acuerdo con cálculos propios con base en la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) de 2018, un 10% de los niños de 0 a 4 años en el tercil de menores ingresos mostraba retrasos de crecimiento, frente al 6% en el tercil superior.

Estas diferencias en el desarrollo sugieren dos desafíos en términos de demanda. En primer lugar, los hogares de menores ingresos muestran una mayor necesidad de servicios de educación y cuidados. Estos servicios pueden contribuir a darle al niño un ambiente afectuoso, seguro y estimulante que promuevan y fortalezcan las competencias de crianza de las familias; además pueden acercar a los hogares prestaciones y apoyos que contribuyan a descomprimir los factores de estrés derivados de la pobreza. En segundo lugar, los niños que provienen de contextos de vulnerabilidad implican una mayor exigencia para los centros que trabajan en su atención, demandando aproximaciones diferentes y elevados niveles de capacitación específica. En contraste con la situación de la población infantil, la pobreza en la población de 18 a 64 años es del 8,6%, y la de 65 años o más, del 1,9%.

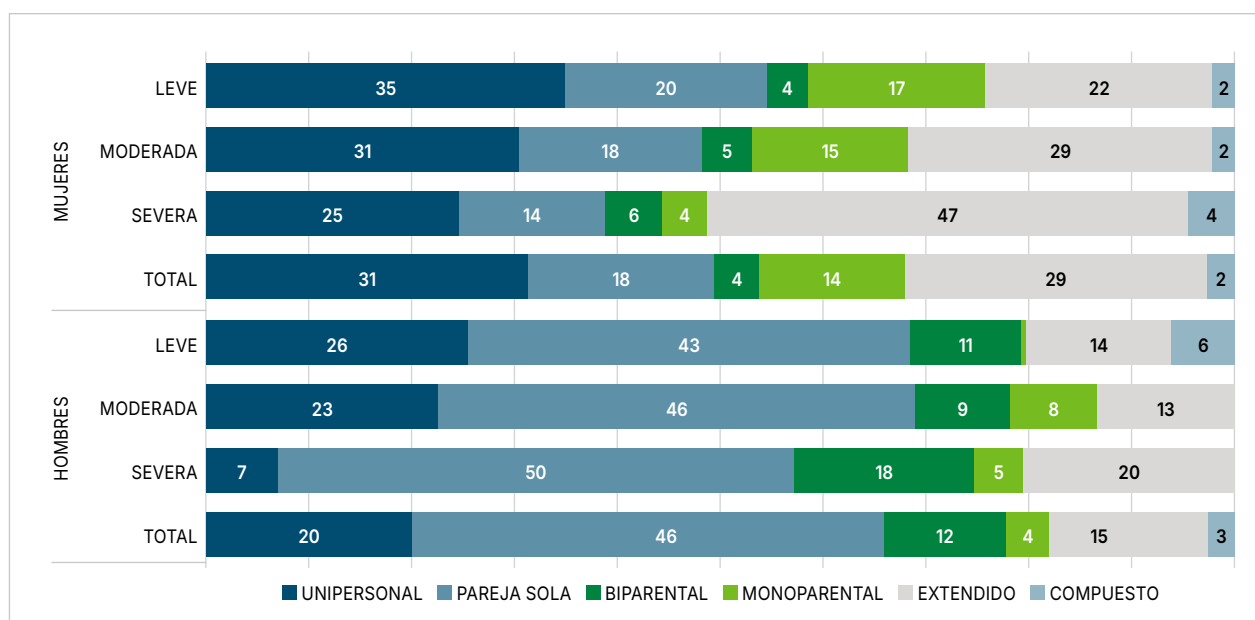
6. La ECH muestra algunas discrepancias menores con los datos recogidos a través del Sistema de Información Integrada del Área Social (SIIAS). Más allá de estas diferencias, la ECH es la única fuente que permite estimar la pobreza y los quintiles de ingreso, y cruzar esta información con los beneficios sociales.

Los arreglos familiares también son un factor importante en la configuración de las soluciones de cuidados. En este sentido, la disminución del tamaño de las familias y la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo reducen la red de cuidadores familiares disponibles para realizar esta tarea de manera no remunerada. Esta tendencia es más acuciante entre las personas mayores y, en particular, entre las mujeres, ya que el 27% de las personas mayores de 65 años viven

solas, mientras que el 33% vive con su pareja (presumiblemente, otra persona mayor).

El análisis de los arreglos de convivencia entre las personas mayores con dependencia funcional pone de manifiesto el rol de las mujeres como cuidadoras familiares: mientras que el 30% de las mujeres con algún grado de dependencia viven solas, solo el 20% de los hombres en esta condición lo hacen (**Gráfico 2**).

GRÁFICO 2. ARREGLOS DE CONVIVENCIA ENTRE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL POR SEXO Y GRADO DE DEPENDENCIA, 2015



Fuente: elaboración propia con base en los microdatos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) de 2015.

En el caso de la infancia, la mayoría de los niños de 0 a 5 años viven en hogares nucleares (71%), seguidos de aquellos que residen en hogares extendidos o compuestos (18,6%). Por otro lado, un 9% de los niños vive en hogares monoparentales. La proporción de niños en hogares monoparentales y en hogares extendidos aumenta entre los hogares de menores ingresos (tercil 1), en los que asciende al 17% y 25%, respectivamente.

4. Oferta de servicios de cuidados en Uruguay

En esta sección se presentan los servicios de cuidados que existen en el país a lo largo del ciclo de vida, tanto para la infancia como para el resto de la población en situación de dependencia. El análisis se enfoca en los servicios que forman parte del paraguas institucional del SNIC, sean o no administrados por este. Se incluyen también otros servicios que no forman parte del SNIC pero

que, debido a su cobertura o a su valorización por parte de la sociedad, se consideran importantes en el esquema de cuidados del país. Para cada población objetivo (infancia y personas en situación de dependencia), se describen los servicios que existen y se propone un análisis crítico de los principales desafíos que se observan en términos de cobertura y calidad.

4.1 Servicios de cuidados para la población infantil

En el Cuadro 3 se muestran las principales prestaciones del SNIC para la infancia, detallando la población objetivo, las modalidades en las que se brindan los servicios en términos de días y horas, y los organismos responsables de la rectoría, la ejecución y el financiamiento de cada uno. Además de los que se muestran en el cuadro, también se deben considerar los programas de apoyo a la parentalidad con perspectiva de género (enmarcadas en el proyecto Parentalidades comprometidas,

del INAU), y las políticas de tiempos (subsidios y licencias parentales del BPS), como parte de una oferta global que incluye, además de servicios directos, programas de apoyo a los cuidados familiares. Este reporte se refiere únicamente a los servicios de cuidados directos. Un análisis más detallado de todos los servicios—incluyendo los servicios de apoyo a los cuidados parentales—puede encontrarse en Balsa y Zak (2025).

CUADRO 3. PRESTACIONES DE EDUCACIÓN Y CUIDADOS DE PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN EL MARCO DEL SNIC

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETIVO	MODALIDAD	RECTORÍA Y SUPERVISIÓN	EJECUCIÓN	FINANCIAMIENTO
Plan CAIF: Centros de Atención a la Infancia y a la Familia	Niños de 0 a 3 años y sus familias	Modalidad semanal de 0 a 24 meses (Experiencias Oportunidades) y diaria de 1, 2 y 3 años de cuatro u ocho horas (Educación Inicial)	INAU	OSC	Mixto: INAU (RRGG) e intendencias municipales (terrenos o inmuebles en comodato)
Centros de Atención a la Primera Infancia (CAPI)	Niños de 45 días a 3 años en situación de pobreza o vulnerabilidad social y sus familias	Modalidad diaria, permitiendo atención de ocho horas y ajuste de horarios	INAU	INAU	Público: INAU (RRGG)
Centros Comunitarios de Educación Infantil (CCEI, antes Nuestros Niños)	Niños de 6 meses a 3 años	Modalidad diaria, entre cuatro y ocho horas	INAU	OSC	Público: INAU (RRGG)
Casas Comunitarias de Cuidados (CCC)	Niños de 6 meses a 3 años	Modalidad diaria, según necesidad de las familias, de cuatro, seis u ocho horas	INAU (diseño de SNCyD)	OSC	Público: INAU (RRGG)
Espacios para hijos e hijas de estudiantes	Niños de 0 hasta los 5 años (aunque en la práctica asisten niños de hasta 12 años)	Cuatro horas diarias en centros cercanos a centros educativos de ANEP. Cobertura horaria de servicios de educación inicial	INAU (diseño de SNIC) y ANEP	OSC	Público: INAU (RRGG)
Centros SIEMPRE	Niños de 0 a 12 años (prioridad de 0 a 3), cuyas familias están vinculadas a sindicatos y/o empresas, o se encuentran en situación de vulnerabilidad en la zona de referencia	Servicio abierto hasta 12 horas diarias. Los niños concurren de forma flexible entre cuatro y ocho horas	INAU (diseño de SNCyD)	Empresas privadas, organismos públicos, sindicatos y OSC	Mixto: INAU (RRGG), empresas, sindicatos e intendencias municipales
Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS)	Niños de 45 días a 3 años en situación de vulnerabilidad y con dificultad de acceso a oferta de servicios públicos	Becas para la atención diaria en centros privados de primera infancia de hasta ocho horas	SNCyD e INAU	SNCyD y centros privados de primera infancia	Público: MIDES (RRGG)
Jardines y escuelas ANEP nivel 3	Niños de 3 años	Atención de cuatro horas en jardines y escuelas comunes de 7,5 horas en jardines y escuelas a tiempo completo o entre cuatro y ocho horas en Escuelas Aprender o jardines con tiempo extendido	DGEIP (ANEP)	DGEIP (ANEP)	Público: ANEP (RRGG)

Notas: RRGG = rentas generales.

Fuente: elaboración propia.

La población objetivo de los servicios de cuidados para este grupo se determina con base en la edad de los niños. Si bien la Ley 19.353 abarca a los niños de 0 a 12 años como población objetivo del sistema en el caso de la infancia, desde sus inicios —y atendiendo a razones de restricción presupuestal— el sistema ha puesto un mayor foco en la primera infancia (niños de 0 a 3 años). Es en esta franja etaria en la que se concentra el análisis presentado.

En ciertos casos, la vulnerabilidad socioeconómica es un criterio de priorización para el acceso, aunque hasta el momento no existen reglas claras para determinarla. El financiamiento está a cargo del sector público a través de rentas generales, salvo en el caso de los centros SIEMPRE, que cuentan con financiamiento mixto (los actores privados o la comunidad proporcionan la infraestructura, el equipo inicial y el mantenimiento, mientras que el INAU financia los recursos humanos requeridos).

Para los niños de 0 a 3 años, los Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (CAIF) constituyen la principal oferta pública de educación y cuidados a nivel nacional. El Plan CAIF es una política interinstitucional en la que el INAU regula, supervisa y financia, y una OSC gestiona el centro de atención. El Plan tiene como foco priorizar a familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, por lo que su objetivo, además, es acercar a las familias a las instituciones y alcanzar una mayor inclusión social.⁷

El Plan cuenta con dos modalidades de atención: i) el programa de atención diaria (o Educación Inicial), dirigido a niños de 1 a 3 años y sus familias; y ii)

el programa de Experiencias Oportunas (EO) para niños de 0 a 2 años y sus familias. Este último consiste en un taller semanal de tres horas en el que participan el niño junto con el padre, madre u otro referente de cuidados, además de otras familias y el equipo técnico del CAIF (psicomotricista y trabajador social). El programa de EO busca promover el desarrollo infantil, así como el vínculo del niño con la persona que lo cuida. Además, tiene como meta generar un lazo con el centro educativo, con el objetivo final de que el niño o niña se integre a la modalidad de atención diaria.

A esta franja etaria (de 0 a 3 años) se suman otros programas, algunos preexistentes al SNIC y otros que comienzan a tener mayor impulso a partir de su creación y que pretenden diversificar la oferta de cuidados apostando por una mayor flexibilidad para las familias y una oferta de atención diaria para niños pequeños que alcance, incluso, las ocho horas de atención. Entre los servicios preexistentes, los segundos más importantes después del Plan CAIF son los jardines de la ANEP, que incluyen jardines comunes con una atención de cuatro horas diarias y otras opciones de horario extendido, como los jardines de las Escuelas Aprender y de las Escuelas de Tiempo Completo. Otros servicios preexistentes son los Centros de Atención a la Primera Infancia (CAPI) y los Centros Comunitarios de Educación Infantil (CCEI, antes programa Nuestros Niños).

Por su parte, los programas creados a partir de la instalación del SNIC incluyen los centros SIEMPRE, las Casas Comunitarias de Cuidados (CCC), los Espacios para Hijos e Hijas de Estudiantes (EHHE) y las Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS).

7. Generar políticas sociales “encaminadas a enfrentar el grave deterioro de las condiciones de bienestar que afectan a importantes grupos de la población” fue uno de los objetivos iniciales del Plan, tal como figura en el documento original de presentación, *Plan Nacional de Atención Integral al Menor, la Mujer y la Familia en situación de pobreza en Uruguay* (1988-1991), Montevideo: MRREE, OPP, MEC, MTSS, MSP y UNICEF.

A partir de los 4 años, la educación es obligatoria en el país bajo la dirección de la ANEP. Existen, además, algunas soluciones de cuidados más allá de la educación obligatoria para los niños de estas edades, como los EHHE que, en teoría trabajan con

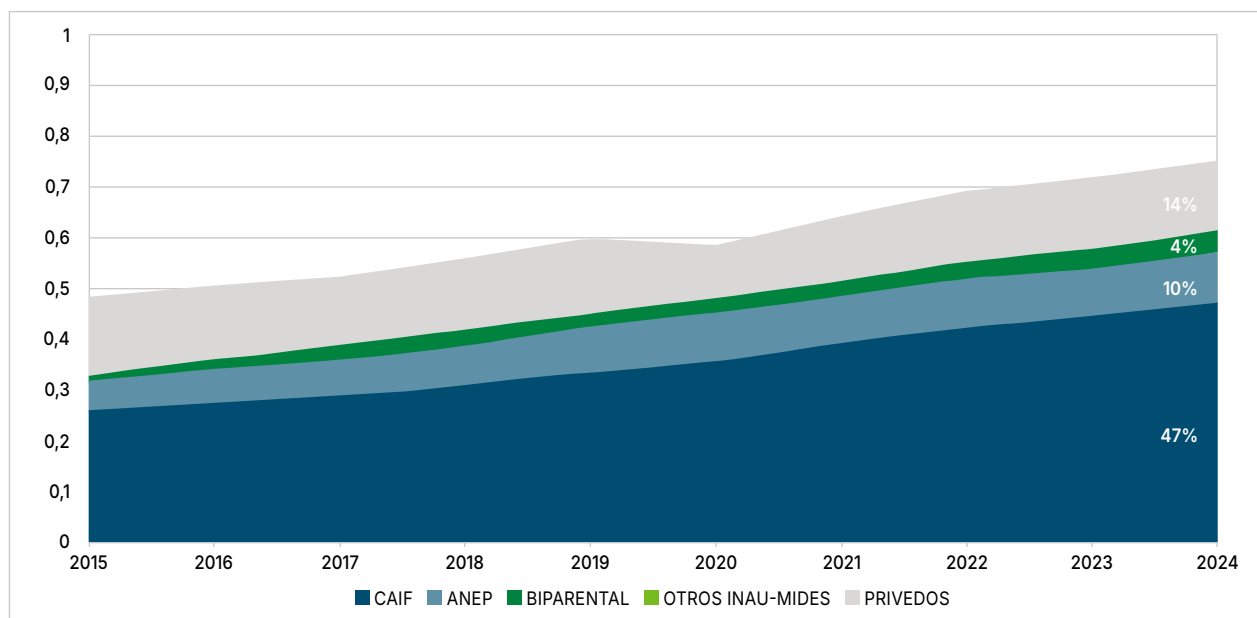
niños hasta los 5 años, pero en la práctica reciben niños de hasta 12 años, y los centros SIEMPRE, que reciben a niños hasta los 12 años, aunque su cobertura es baja, como se verá en la siguiente sección.

4.1.1 Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la infancia

Durante los últimos 10 años, la cobertura de los servicios de educación y cuidados para la infancia ha ido en ascenso. Se estima que en 2024 el 75% de los niños de 0 a 3 años asistirán a algún centro de educación o cuidados, un aumento de 27 puntos porcentuales con respecto a 2015. La oferta de

servicios públicos, liderada por la expansión del Plan CAIF, sumada a la caída en la tasa de natalidad, ha jugado un papel clave en este aumento de la cobertura, pasando del 33% al 61% en ese período (**Gráfico 3**).

GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN Y CUIDADOS PARA NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS



Nota: "Otros INAU-MIDES" incluyen CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS y EHHE.

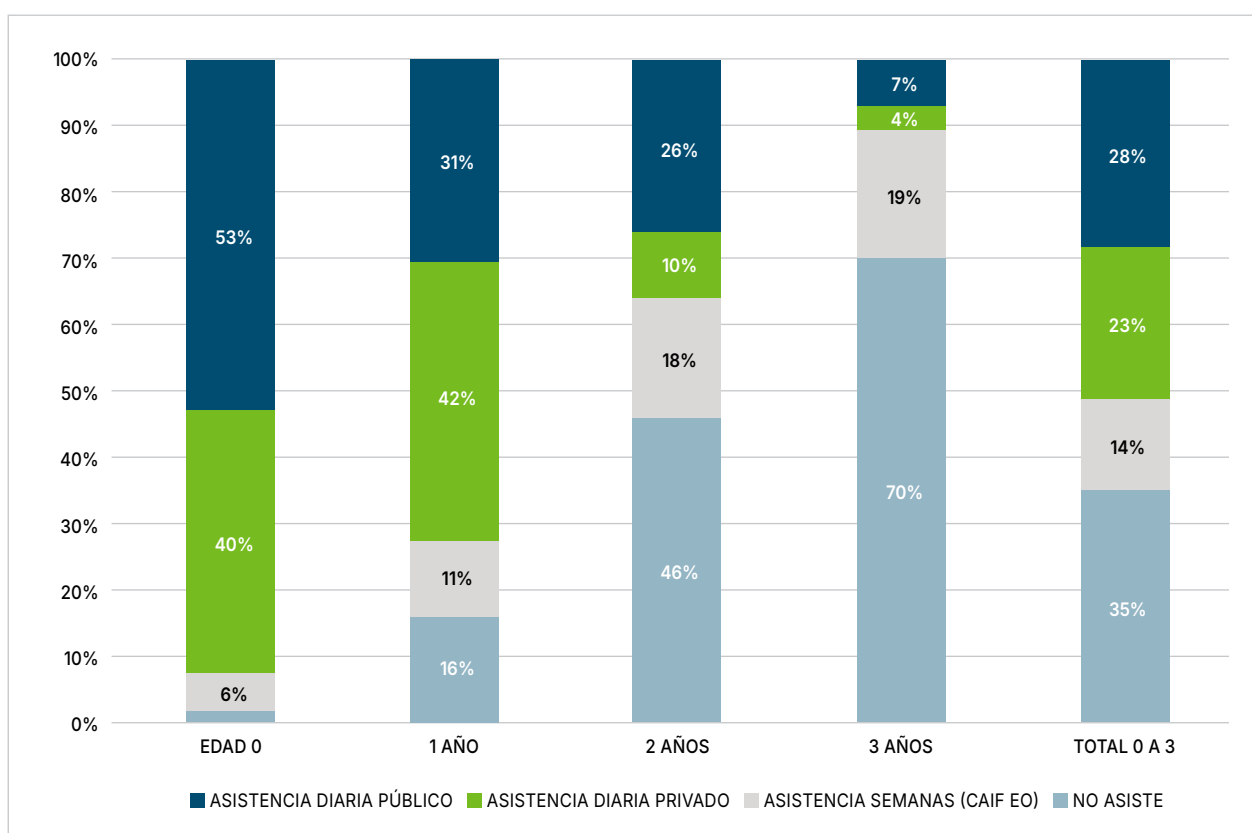
Fuente: elaboración propia con base en datos del Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS) y estadísticas vitales del MSP.

Esta evolución general esconde, sin embargo, importantes brechas de cobertura en lo que se refiere a servicios de cuidados diarios. Un análisis más detallado del tipo de servicio al que acceden los niños de 0 a 3 años en el país revela que solo el 68% de los niños que asisten a un centro lo hacen de forma diaria, lo que corresponde a una cobertura del 49% del total de niños en esa franja etaria. El resto de los niños que se consideran cubiertos en el Gráfico 3 asiste al programa de EO del Plan CAIF en modalidad semanal, por lo que

sus necesidades diarias de cuidados seguramente se resuelven en el ámbito familiar.

Las brechas de cobertura son más acuciantes entre los más pequeños. Entre los niños de 0 a 12 meses, solo un 8% asiste a un centro de forma diaria, y entre los de 1 año, la asistencia diaria es del 27%. La cobertura diaria crece con la edad de los niños, alcanzando el 64% de los niños de 2 años y el 89% de los niños de 3 años (Gráfico 4).

GRÁFICO 4. COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES POR TIPO DE SERVICIO Y EDAD



Nota: "Asistencia diaria público" incluye CAIF, ANEP, CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS y EHHE.

Fuente: elaboración propia con base en el SIAS de junio de 2023. SNCyD para los datos de BIS de julio de 2023. Estadísticas Vitales de MSP; anuario estadístico de educación del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), 2022; ECH 2023. Distribución de asistencia diaria a CAIF y al programa EO con base en ENDIS 2023.

*Se considera el total de niños inmigrantes inscritos en educación inicial de la ANEP (Monitor Educativo ANEP Informe de Inmigrantes, 2023) y se asigna la misma distribución por edades que tiene la matriculación de la ANEP en nivel 3, 4 y 5.

En parte, la baja asistencia de los niños menores de 1 año se puede explicar por las preferencias de las familias. Por el contrario, en edades mayores, las razones de no asistencia pueden estar más vinculadas a la disponibilidad y a otras barreras de oferta, como la inflexibilidad horaria y el transporte al centro (Equipos Consultores, 2022).

En relación con el primer punto, si bien la mayoría de los programas ofrecen modalidades de atención de hasta ocho horas diarias, la proporción que hace uso del horario extendido es baja. Por ejemplo, el 80% de los niños de nivel 3 de la ANEP tiene una jornada de cuatro horas, mientras que en los CAIF los cupos permiten cubrir solo al 10% de los niños de 2 años y al 16% de los niños de 3 años con una atención diaria de ocho horas (Anuario Estadístico de Educación, 2022; Registro de modelos de Centros de Primera Infancia, INAU).⁸

La necesidad de ampliar la cobertura diaria y de extender y flexibilizar los horarios de atención son barreras identificadas por las familias en un estudio de SNIC-DINTAD (2021). En cuanto al segundo punto (el transporte o la distancia al centro), muchas familias se trasladan a pie, lo que se vuelve problemático cuando las condiciones climáticas son adversas.

La oferta de cuidados diaria está concentrada en los CAIF y en los jardines privados, que representan el 44% y el 28% de la matrícula diaria de 0 a 3 en el país, respectivamente. Le siguen los jardines de la ANEP, con un 19% de la matrícula total, y el resto corresponde a otros servicios más pequeños de MIDES o INAU, que juntos atienden al 8% de los niños que asisten diariamente a un centro (**Cuadro 4**).

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA DIARIA EN NIÑOS POR TIPO DE CENTRO SEGÚN EDAD (% DEL TOTAL CON COBERTURA DIARIA)

EDAD	CAIF	ANEP	INAU O MIDES	PRIVADOS
0	n.c.	n.c.	24%	76%
1	41%	n.c.	18%	41%
2	63%	n.c.	9%	28%
3	35%	39%	4%	22%
Total 0 a 3	44%	19%	8%	28%

Nota: la categoría 'INAU o MIDES' incluye CAPI, CCEI, SIEMPRE, CCC, BIS y EHHE; n.c. = no corresponde.

Fuente: elaboración propia con base en datos del SIIAS de junio de 2023 y del INAU, Estudios de Población y Proyectos.

8. No existen datos reales sobre la asistencia horaria de los niños en los CAIF, por lo que el análisis se basa en la disponibilidad de cupos en los centros.

Un indicador de la demanda insatisfecha es la existencia de listas de espera para acceder a los servicios. En este sentido, un 34% de los CAIF del país tiene lista de espera en Educación Inicial nivel 1, 62% en nivel 2 y 41% en nivel 3. Además, un 61% de los centros del país tienen una matrícula mayor al cupo disponible según su estructura. Ningún centro del país presenta lista de espera en el programa EO, lo que indica un exceso de oferta en esta modalidad.

Casi el 65% de los niños que utilizan los servicios públicos de cuidados pertenecen a familias vulnerables que reciben transferencias no contributivas

(TUS simple, TUS doble o AFAM-PE). Esto supone un aumento con respecto al período 2017-2022, años en los que la participación de los niños de familias vulnerables en los servicios no llegaba al 60% (**Cuadro 5**).

Parte de esta mejora en la focalización se debe a los esfuerzos concretos impulsados desde el MIDES (INAU) en el marco del SNIC. Por ejemplo, la creación de programas con foco específico en esta población, como las BIS, o la campaña para atraer a niños de familias vulnerables al programa de EO del Plan CAIF.

CUADRO 5. PORCENTAJE DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS PERTENECIENTES A HOGARES QUE RECIBEN TRANSFERENCIAS NO CONTRIBUTIVAS POR TIPO DE CENTRO, 2016-2023

	CAIF	ANEP	BIS	CAPI	CCEI	SIEMPRE	CCC	EHHE	TOTAL
2016	61%	58%	87%	60%	60%	s.d.	s.d.	s.d.	59,2%
2017	60%	59%	90%	61%	60%	s.d.	s.d.	s.d.	59,4%
2018	60%	59%	87%	57%	58%	s.d.	s.d.	s.d.	59,4%
2019	60%	58%	87%	s.d.	57%	s.d.	s.d.	s.d.	58,9%
2020	59%	57%	83%	55%	56%	52%	56%	66%	58,1%
2021	59%	56%	82%	54%	54%	36%	56%	64%	57,6%
2022	62%	59%	83%	54%	57%	43%	50%	64%	60,4%
2023	67%	63%	87%	58%	66%	44%	59%	71%	64,9%

Notas: s.d. = sin datos.

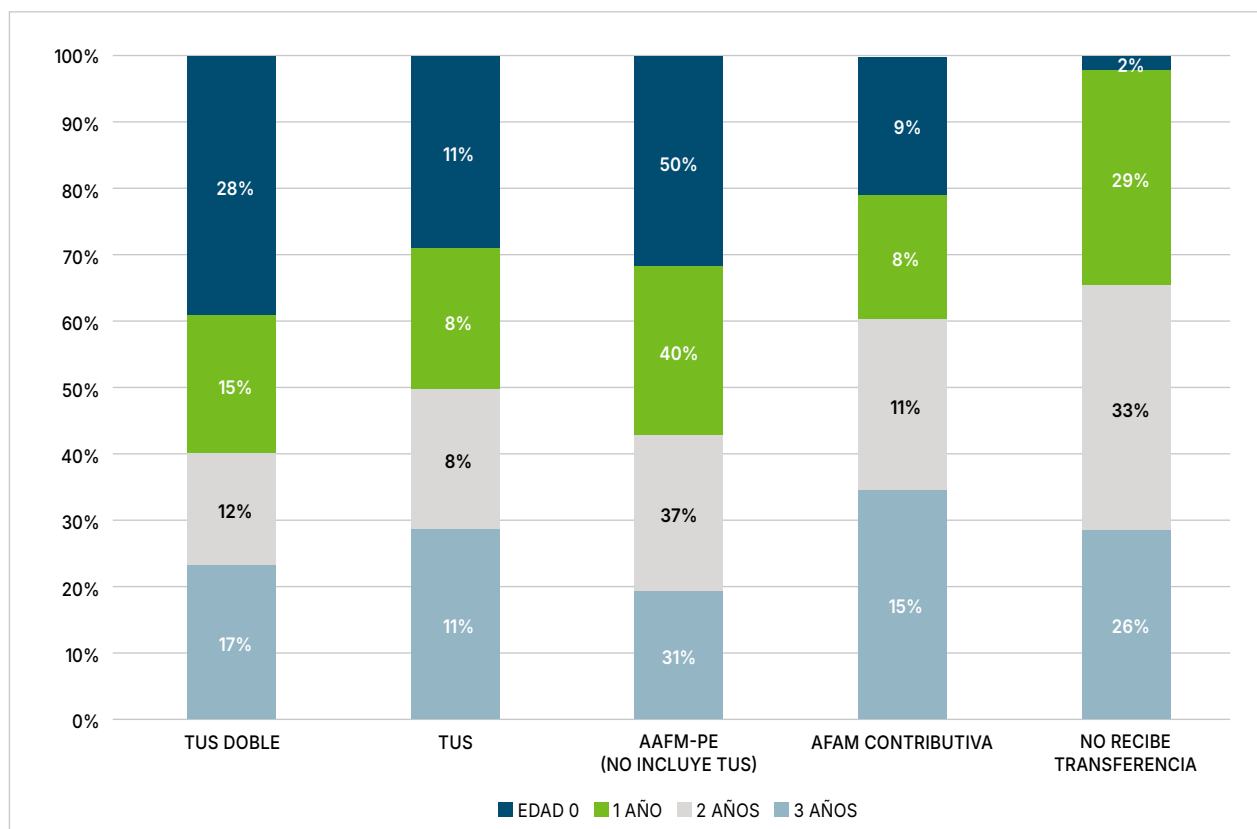
Fuente: elaboración propia con base en datos del SIAS.

A pesar de estos esfuerzos, todavía existe un porcentaje importante de niños pertenecientes a familias vulnerables que no asisten a ningún centro de educación o cuidados. Aproximadamente un 60% de los niños de entre 0 y 2 años no cubiertos integran hogares beneficiarios de AFAM-PE y/o

TUS. En el caso de los niños de 3 años no cubiertos (2.256), el 89% viene de hogares que reciben AFAM-PE y/o TUS; es decir, en su gran mayoría se trata de niños que se encuentran en hogares con niveles socioeconómicos bajos (**Gráfico 5**).



GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS NO CUBIERTOS SEGÚN SU SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y SU EDAD, 2023



Fuente: elaboración propia con base en el SIAS de junio de 2023, estadísticas vitales del MSP, anuario estadístico educativo del MEC de 2022 y ECH de 2023.

4.1.2 Calidad de los servicios de cuidados para la infancia

Regulación y supervisión

En 2008, la Ley 18.437 creó el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI), que opera como un órgano coordinador y promotor de la calidad de los servicios de educación y cuidados para la primera infancia en Uruguay. Está integrado por representantes del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), la DGEIP (ANEP), el INAU, el MSP, educadores de primera infancia del Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Enseñanza Privada (Sintep) y de los centros de educación infantil privados. La Secretaría Nacional del Deporte (SNCD), el programa Uruguay Crece Contigo (UCC) del MIDES y UNICEF participan como invitados permanentes con voz, pero sin voto.

El CCEPI tiene como cometido promover una educación de calidad en la primera infancia, profesionalizar a los educadores, asesorar al INAU en la supervisión y orientación de los centros de educación infantil privados, y coordinar y articular proyectos y políticas educativas nacionales para la primera infancia. A nivel institucional, existe un documento elaborado por el CCEPI en 2015 en el cual se recomiendan estándares mínimos para la autorización y funcionamiento de centros de educación infantil para niños de 0 a 5 años. Sin embargo, sus recomendaciones no son vinculantes para las instituciones. El CCEPI, junto al programa UCC, también es responsable del diseño del marco curricular.

La supervisión de los centros está a cargo del Programa Primera Infancia (PPI) en el caso de los centros pertenecientes al INAU, y de la Inspección Nacional de Educación Inicial (INEI), perteneciente

a la DGEIP, en el caso de los centros pertenecientes a ANEP.

Desde 2021, el INAU también es responsable de supervisar la calidad de los centros privados, pero en este caso no se han fijado estándares oficiales que los centros deban cumplir, aunque el INAU tiene la capacidad de clausurar un centro si considera que no cumple con los estándares mínimos de calidad.

Medición de la calidad

Calidad de los centros

Hay dos tipos de indicadores que se utilizan para medir la calidad de los centros de primera infancia. Los indicadores estructurales miden características del centro como el nivel de formación de los recursos humanos, la relación entre el adulto y los niños, los requerimientos de espacio o las prácticas de alimentación. Los indicadores de proceso evalúan aspectos como la calidad de la interacción entre el educador y el niño, las experiencias de interacción del niño con otros menores y con los materiales, la efectiva implementación del currículo educativo por parte de los maestros y el trabajo con las familias (Pianta et al., 2009). La literatura sugiere que los indicadores estructurales son una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la calidad.

Existen distintos instrumentos para medir estas dos dimensiones. En Uruguay, los que más se han utilizado para medir la calidad en centros de primera infancia son la Escala de Calificación del Ambiente de la Infancia Temprana (ITERS) para niños de 0 a 3 años y la Escala de Valoración del

Entorno en la Primera Infancia (ECERS-R) para niños de 2 años y medio a 5 años. Además, en un esfuerzo intersectorial compuesto por integrantes del equipo de la Universidad de la República, el Sistema de Cuidados, el INAU y la ANEP, se creó un instrumento de evaluación alternativo para niños de 0 a 3 años: los Indicadores de Evaluación de Calidad (IEC) de centros de educación y cuidados.

Sin embargo, y a pesar de estos avances, la medición de la calidad en los centros en Uruguay es voluntaria y no se digitaliza. De acuerdo con entrevistas realizadas a informantes calificados de la OPP en 2022, de los 460 centros de primera infancia (CPI), solo 60 tenían mediciones de calidad de centro.

Calidad de la atención y efectos en el desarrollo

Además de la calidad de los centros, es importante medir los efectos de la calidad de la atención en el desarrollo cognitivo, socioemocional y motriz de los niños. Tanto los CAIF como los centros de la ANEP aplican distintos instrumentos con este objetivo.

El Plan CAIF tiene una batería de instrumentos de cribado, tanto del niño como de su contexto familiar. Para los niños menores de 2 años se utiliza la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor; para niños mayores de 2 años se usa la Pauta Breve de Tamizaje, un *screening* creado a partir del Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) de 2 a 5 años. En el caso de las familias, hay instrumentos creados para evaluar las prácticas de crianza y la disponibilidad emocional del adulto (en particular,

el Instrumento de Prácticas de Crianza del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales).

Sin embargo, los resultados de estas mediciones no se incorporan a los sistemas de información del INAU, por lo que no existen datos a nivel nacional del desarrollo de los niños que asisten a estos centros o del ambiente de su hogar (Urbey, 2023). Tampoco está claro el uso que se le da a estos instrumentos a nivel de centro o supervisión.

En los jardines y escuelas públicas de niveles 3, 4 y 5 de la DGEIP (ANEP) se aplica el Inventario Nacional de Desarrollo Infantil (INDI), creado por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República Uruguay (UDEAR) en 2015, que permite evaluar aspectos del desarrollo del niño vinculados a la disposición para la escolarización. El maestro carga esta información en la plataforma GURI,⁹ y luego se sistematiza en indicadores que permiten evaluar los posibles riesgos de alteraciones en el desarrollo del niño. Más del 90% de los educadores utilizan la herramienta, que se actualiza dos veces al año (en mayo y en octubre).

Estándares, diagnóstico y desafíos en torno a la calidad de los centros de cuidados a la infancia en Uruguay

Uno de los principales indicadores a nivel global para medir la calidad de los centros se refiere al ratio de niños por cada adulto. Para los centros de cuidados y educación inicial en Uruguay, el CCEPI sugiere un ratio de tres niños por adulto en el nivel 0, hasta llegar a los 15 niños por adulto en el nivel 3, y los 20 niños por adulto en los niveles 4 y 5. En

9. GURI es un sistema web del CEIP que permite la gestión unificada de registros e información. Es administrado por la DGEIP y permite tener una base de datos actualizada de docentes y estudiantes para unificar las gestiones a nivel nacional (ver <https://ceibal.edu.uy/institucional/articulos/que-es-guri/>).

los niveles de 0 a 2, las exigencias propias de los centros, sin embargo, son inferiores a lo requerido por el CCEPI (**Cuadro 6**). En particular, para los niños

de 2 años, el requisito para los CAIF, CAPI y CCEI es de un adulto cada 12 niños, casi el doble de lo que plantea el CCEPI.

CUADRO 6. NÚMERO DE NIÑOS POR ADULTO SEGÚN EL TIPO DE CENTRO

	NIVEL 0 AÑO	NIVEL 1 AÑO	NIVEL 2 AÑOS	NIVEL 3 AÑOS	4 Y 5 AÑOS
Sugerencia CCEPI	3	5	7	15	20
CAIF	-.-	6	12	15	n.c.
CAPI	3 o 4	6 o 7	12	15	n.c.
CCEI	3	6 o 7	12	15	n.c.
CCC	5 cada dos adultos; 9 cada tres adultos	5 cada dos adultos; 9 cada tres adultos	5 cada dos adultos; 9 cada tres adultos	n.c.	n.c.
SIEMPRE	3	5	7	15	15
EHE	3 (máx. 20 niños)	5	7	15	15
DGEIP ANEP	n.c.	n.c.	n.c.	15*	25
CPI privados	3 (además de otro adulto en el centro)	5 (además de otro adulto en el centro)	7 (además de otro adulto en el centro)	15 (además de otro adulto en el centro)	20

Notas: *Se permite hasta el doble si hay otro adulto en el centro, no tiene que ser maestro; n.c. = no corresponde.

Fuente: elaboración propia con base en información de INAU y ANEP.

En 2019, había cerca de 8.500 trabajadores en funciones de docencia directa en los centros de primera infancia financiados por el INAU o la ANEP. Por su parte, el anuario estadístico de la ANEP de 2019 registraba 2.365 responsables de sala y educadores en centros de primera infancia privados supervisados por el INAU y 2.086 en 2022. Estas cifras permiten estimar un personal de docencia directa en centros de primera infancia y preescolar (0 a 5 años) en el entorno de los 10.788 educadores y maestros en 2019. No es posible estimar esta cifra para un período más reciente por la falta de datos sobre los recursos humanos en los centros financiados por el INAU.

Más allá de la cantidad, la calidad de los recursos humanos es fundamental para evaluar la atención brindada. El ratio de niños por adulto presentado en el Cuadro 6 no muestra nada sobre la formación que deben tener los adultos que cuidan a los niños en sala. Al respecto, los centros tienen diferentes exigencias en cuanto al perfil de los cuidadores, educadores y directores de los centros, que van desde maestros y auxiliares hasta otros profesionales como psicólogos, psicomotricistas o trabajadores sociales (**Cuadro 7**).

En los CAIF, se exige que haya un maestro responsable (director del centro) con una carga horaria de 40 horas semanales (o, en su defecto, dos maes-



tros con 20 horas cada uno). Este maestro se debe ocupar también de la coordinación pedagógica de todas las unidades de atención y de aspectos de gestión del centro.

En los CAPI, al igual que en los CAIF, hay un maestro con una carga de entre 25 y 30 horas semanales que se dedica a la coordinación pedagógica. Pero, a diferencia de los CAIF, este maestro no asume tareas de gestión, ya que el centro dispone de 60 horas adicionales asignadas a tareas de dirección, coordinación y supervisión. También los CCEI exigen que haya un maestro en la dirección. En los otros centros supervisados por el INAU (SIEMPRE, EHE, CCC o CPI privados) solo se requiere que el coordinador tenga una formación en primera infancia de 500 horas como mínimo.

Por su parte, el personal docente a cargo de las salas está conformado, en general, por educadores con alguna formación en primera infancia, pero no necesariamente de nivel terciario. Como consecuencia, se observa una baja presencia de

maestros con formación pedagógica terciaria de, al menos, cuatro años en los centros del INAU.

En el caso de los centros de la ANEP, tanto los directores como los responsables de sala deben ser maestros titulados, aunque en las clases en las que el ratio adulto-niño supera lo pautado, se permite incorporar un auxiliar al que no se le exige formación en magisterio. En el caso de los centros privados, la regulación sobre recursos humanos es mucho más laxa: solo se exige que un 50% del personal tenga formación en primera infancia.

En lo que tiene que ver con otros especialistas, los CAIF, CAPI y SIEMPRE tienen equipos técnicos conformados por psicólogo, psicomotricista y trabajador social que permiten un mayor involucramiento con las familias y sus contextos, atendiendo problemas multidimensionales y facilitando la articulación interinstitucional. En cambio, la DGEIP tiene equipos de psicólogos y psicomotricistas que trabajan para múltiples centros y, por lo tanto, tienen una disponibilidad horaria menor.

CUADRO 7: REQUISITOS DE CALIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS SEGÚN EL TIPO DE CENTRO

	DIRECCIÓN O COORDINACIÓN	EDUCADORES O MAESTROS	PSICOMOTRICISTA, PSICÓLOGO Y TRABAJADOR SOCIAL	OTROS (TALLERISTAS, PROFESORES ESPECIALES)	SERVICIOS DE COCINA Y LIMPIEZA Y OTROS AUXILIARES
CAIF	Un maestro responsable (40 horas semanales) o dos maestros (con 20 horas semanales cada uno), más un coordinador de gestión	Un educador por sala según la estructura del centro y un volante	Un psicomotricista (18 horas semanales), un psicólogo (12 horas semanales), y un trabajador social (12 horas semanales)		Un cocinero (40 horas semanales), y uno o dos auxiliares de cocina y limpieza (40 horas semanales)
CAPI	Un director y un coordinador (60 horas semanales)	Un educador (30 horas semanales) y un maestro (20 horas semanales)	Un psicólogo o trabajador social		Personal de cocina (30 horas semanales y 40 horas contratadas); y personal de limpieza (40 horas semanales)
CCEI	Un director (40 horas semanales) que debe ser maestro	Educadores en función del número de niños atendidos y las ratios establecidas			Un educador alimentario (cocina) y un auxiliar de servicio
CCC	Un asesor técnico (cinco horas semanales)	Tres educadores o cuidadores (uno por cada cinco niños)			
SIEMPRE	Un coordinador (40 horas semanales), que debe ser técnico con formación en primera infancia	Educadores referentes de sala en función del número de niños	Psicomotricista, trabajador social o psicólogo (40 horas semanales)	Tallerista (20 y 40 horas semanales para el tramo de 4 a 12 años)	Un educador auxiliar
Espacio HH estudiantes	Un coordinador (30 horas semanales) que debe ser educador o profesional con formación en primera infancia	Tres educadores (25 horas semanales) con formación en primera infancia	Psicomotricista, trabajador social o psicólogo (15 horas semanales)		Un auxiliar de servicio
CPI privados	Un director	Educadores (50% con formación en primera infancia de, al menos, 500 horas)	Profesional		
DGEIP	Un director titulado en magisterio	Maestros		Profesores especiales (en educación física y arte) para jardines de jornada completa	Auxiliares de clase, auxiliares de servicio, y auxiliares de cocina y comedor

Fuente: Urtubey (2025) con aportes de otras fuentes.

Hay pocas estadísticas disponibles sobre la calidad de los recursos humanos que conforman los centros de primera infancia en el país, aunque las estimaciones realizadas para este informe evidencian importantes brechas de formación, en particular, en los centros del INAU y en el sector privado.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Continua de Hogares (2023), casi la mitad (46%) de los que trabajan como maestros de preescolar en el sector privado carece de un título terciario y solo el 20% está titulado como maestro.¹⁰ Entre los auxiliares, un 30% no culminó secundaria.¹¹

Con respecto a los centros del INAU, un informe interno de 2019 muestra que solo el 17% de los que ejercían la docencia directa (educadores) tenían educación terciaria, el 63% bachillerato completo y un 17% no había completado el bachillerato. El 58% de los educadores había finalizado al menos una especialización en primera infancia.

En los jardines públicos de la ANEP, el nivel de formación es más alto: un 93% de quienes ejercen la docencia directa cuentan con el título de Magisterio. La brecha en este caso parecería estar en los auxiliares de sala, con un 60% que no culminó la educación media superior.

Estos datos, sumados a la necesidad de expandir la cobertura de la matrícula diaria en primera infancia, señalan la importancia de continuar formando educadores con títulos de nivel terciario.

Por último, existen desafíos en lo que respecta a la supervisión de los centros. Según un informe interno de la OPP de 2020, estos desafíos incluyen:

- (i) falta de procesos concretos de priorización de beneficiarios en los diferentes centros de primera infancia;
- (ii) falta de información crítica para tomar decisiones, incluyendo información sobre la demanda que enfrentan los centros (como las listas de espera), sobre la modalidad de participación (semanal, diaria de cuatro horas o diaria de ocho horas), sobre la asistencia de los niños a los centros (listas de asistencia) y sobre el desempeño de los centros (calidad de los centros y trabajo con las familias) y el desarrollo de los niños;¹²
- (iii) procesos administrativos burocráticos y lentos que demoran la apertura de centros ya construidos y generan costos evitables;¹³

10. Si se consideran solo los maestros trabajando en “Enseñanza Preescolar y Primaria” en el sector privado, el porcentaje de maestros de preescolar sin formación terciaria se reduce a 33% y el porcentaje con titulación de maestro aumenta a 29%.

11. Según un informe de Lavalleja y Piñeiro 2024 en base a ECH 2022 un 60% de trabajadores del ámbito enseñanza no tienen educación terciaria. Los autores estiman el déficit de formación en este ámbito en 3.964 personas, aunque no es claro cómo obtienen dicha cifra.

12. De acuerdo a fuentes de INAU esta información se encuentra disponible en formato físico, y ya existe una cultura de relevamiento de esta información, el problema es que aún no se encuentra digitalizada.

13. Desde la OPP se ha señalado que algunos procesos licitatorios comenzaron después de finalizar la construcción, con duraciones de aproximadamente ocho meses en completarse, generando costos de utilización de locales sin contrapartida de prestaciones. Estas demoras han llevado, además, a que no se le pueda reclamar a la OPP por problemas de construcción, ya que cuando se empiezan a utilizar los locales, ya están vencidos los plazos para ejecutar las garantías, por lo general. De acuerdo a fuentes del INAU, desde el 2022, lo habitual ha sido que los centros se construyan en menos tiempo, si bien, algunos procesos de construcción de CAIF demoraron más de un año (por ejemplo, el CAIF en Rivera o en San Carlos). El llamado se hace generalmente antes de que el centro esté construido (una vez que el Directorio aprueba la licitación de construcción). Las mayores demoras en este período han estado del lado del Directorio del INAU, especialmente cuando no se tenía certeza sobre la existencia de fondos y se suspendían los llamados; aunque también ha habido demoras porque no se han postulado OSC, algo que ha sucedido con bastante frecuencia.

- (iv) manejo de una diversidad excesiva de modelos de atención, que deriva en procesos administrativos engorrosos y dificulta el monitoreo y la supervisión;
- (v) procesos de supervisión centralizados desde Montevideo,¹⁴ con escasas herramientas informáticas y problemas para cumplir con todos los objetivos, lo que provoca que varios centros queden sin supervisión;
- (vi) falta de incentivos que premien el buen funcionamiento de las OSC (no hay consecuencias por resultados negativos);¹⁵ y
- (vii) falta de incentivos para que las OSC ofrezcan soluciones locativas (los incentivos son negativos, ya que el INAU no apoya con gastos de mantenimiento en caso de que el local sea de la OSC).

En la misma línea, la Auditoría Interna de la Nación (AIN) informó que el 28% de los CAIF en funcionamiento a junio de 2023 (132 de los 475 centros) presentaba carencias o debilidades en alguno de los pilares del control, como no contar con un director regional o un supervisor asignado. En los casos en los que había supervisores asignados, no contaban con herramientas suficientes para el desarrollo de todos los controles que debían realizar. El informe de la AIN también destacaba desafíos en cuanto a la generación y el procesamiento de la información, así como necesidades de mejoras en la infraestructura.¹⁶

Una parte de las debilidades de supervisión se explica por la falta de personal. A diciembre de 2024, el INAU contaba con 36 supervisores para evaluar los 577 centros que dependen de la institución, lo que equivale a 16 centros por supervisor. El déficit de recursos humanos para la supervisión supone un reto aún mayor en el caso de los centros privados. Actualmente, hay ocho supervisores para los 315 centros privados, lo que implica 39 centros por supervisor.

14. El INAU envía supervisores de forma mensual tanto para la realización de controles como para la orientación de los centros y el traslado de buenas prácticas. Si bien, en principio, la supervisión desde el territorio permite una mirada más informada de las necesidades y la realidad local, desde el INAU se justifica la centralización por varios motivos: i) los horarios de ómnibus dificultan la coordinación entre departamentos del interior, mientras que desde Montevideo hay ómnibus para todos lados; ii) en localidades pequeñas, es difícil encontrar supervisores con suficiente nivel de independencia; y iii) el INAU considera importante la rotación de supervisores cada tres años, y muchas veces se dificulta encontrar personal idóneo a nivel local. Actualmente, el programa de primera infancia tiene algunos supervisores en el interior (seis o siete en Ciudad de la Costa, cinco en Salto, dos en San José, y uno en Paysandú y en Rocha).

15. Según el INAU, el desafío es generar incentivos que no castiguen a las familias y a los niños, y que potencien (en lugar de destruir) el modelo de gestión por OSC.

16. En un expediente con aclaraciones a esta auditoría, el INAU responde que los controles problemáticos son los contables, básicamente por retrasos en el control de rendiciones en Montevideo. Recientemente, se creó una unidad de contralor contable en el INAU que mejoraría estos procesos y cada dirección departamental tiene además una unidad de contralor contable.

4.2 Servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

En el **Cuadro 8** se muestran los servicios disponibles para la población en situación de dependencia. Al igual que para el caso de los servicios de infancia, se describe brevemente la población objetivo, la modalidad de los servicios y los organismos encargados de su rectoría, ejecución y financiamiento.

Como se desprende del cuadro, la oferta pública de servicios de cuidados para personas en situación de dependencia en Uruguay puede clasificarse en dos categorías, de acuerdo con el organismo y el sector ejecutor: servicios de cuidados ofrecidos e incluidos en el presupuesto ejecutado por el SNIC, y servicios de cuidados ofrecidos por otros organismos cuya ejecución no depende del presupuesto del SNIC.

CUADRO 8. PRESTACIONES DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EL MARCO DEL SNIC

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETIVO	MODALIDAD	RECTORÍA	EJECUCIÓN	FINANCIAMIENTO
Asistentes personales (AP)	Dependencia severa < 30 años > 79 años	Servicio de cuidado domiciliario 80 horas mensuales	SNCyD	SNCyD (Cuidados) y BPS	Mixto Público: MIDES (RRGG) Privado: copagos
Facilitador de autonomías en ámbitos educativos (FAAE)	Dependencia moderada o severa, de tres a 15 años en institución educativa pública	Servicio de cuidado en escuelas Un facilitador cada tres niños	SNCyD	SNCyD y ANEP	Público: MIDES (RRGG)
Apoyo parcial	Dependencia moderada o severa de 30 a 65 años	Servicio de cuidado domiciliario (hasta 20 horas mensuales)	SNCyD	SNCyD (Discapacidad)	Público: MIDES (RRGG)
Centros de día	Dependencia moderada > 64 años	Servicio de cuidado diario en institución (dos, tres o cinco veces por semana)	SNCyD	SNCyD (Cuidados), OSC, Cooperativas sociales o de trabajo y otros	Mixto: Público: MIDES (RRGG) Privado: aportes de OSC, Cooperativas Sociales o de Trabajo y otros
Teleasistencia	Dependencia moderada > 69 años	Servicio de telecuidado (botón de emergencia) en el hogar del beneficiario	SNCyD	Empresas privadas	Mixto Público: MIDES (RRGG) Privado: copagos

Establecimientos de larga estadía para personas mayores (Elepem)	Personas mayores con cualquier nivel de dependencia	Cuidados residenciales	Inmayores y MSP	OSC y empresas privadas	Privado
Programa de apoyo al cuidado permanente	Personas mayores con cualquier nivel de dependencia	Subsidio para el realojamiento de personas en Elepem clausurados	SNCyD e Inmayores	SNCyD (Cuidados)	Público: MIDES (RRGG)
Cupo cama	Personas mayores con cualquier nivel de dependencia	Subsidio para el alojamiento de personas en Elepem	BPS	BPS	Público: BPS (RRGG)

Fuente: elaboración propia.

Además de los servicios que aparecen en el cuadro, existen —al igual que en el caso de la infancia— políticas de tiempo, como las licencias para padres con hijos con discapacidad y licencias para familiares de personas con discapacidad o enfermedad terminal que, si bien forman parte de las acciones de apoyo a los cuidados previstas por el SNIC, son reguladas por el BPS y cubiertas por el sector privado. También se identifica una categoría adicional referente a otros servicios públicos de apoyo a la población objetivo que no son de cuidados, pero que contribuyen a la autonomía de las personas en situación de dependencia, como alojamiento, apoyos, rehabilitación y acceso a recursos no incluidos en el Cuadro 6. Estos servicios incluyen los centros de atención a niños, niñas y adolescentes con discapacidad (del INAU), centros de rehabilitación para personas con discapacidad y alojamientos con apoyos (ambos dependientes de la Dirección de Discapacidad del SNCyD). Un

análisis más detallado del funcionamiento de estos servicios se encuentra en Irazoqui y Papadopolus (2025) y Salvador (2025).

En el caso de los servicios para las personas en situación de dependencia, la población objetivo se define con base en la edad y el grado de dependencia. Este último se mide utilizando un instrumento estandarizado (*baremo de dependencia*), que establece tres niveles de dependencia (leve, moderada, severa) en función del grado de dificultad que reporten las personas para realizar una serie de actividades diarias.

El financiamiento corre mayoritariamente a cargo del sector público a través de las rentas generales. En el caso de los programas de Asistentes personales y Teleasistencia, se prevé un copago privado que puede ser del 100%, 67%, 33% o 0%, dependiendo de la situación socioeconómica de la familia.

4.2.1 Cobertura y focalización de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

Considerando la población en situación de dependencia de todos los niveles y de todas las edades, la cobertura de los servicios públicos de cuidados llega a casi el 12% (**Cuadro 9**). Sin embargo, como se desprende del Cuadro 8, los servicios de cui-

dados que existen para la población dependiente difieren en sus criterios de elegibilidad, tanto en la edad como en el nivel de dependencia. Por este motivo, se realiza un análisis de las coberturas por subpoblación.

CUADRO 9. COBERTURA DE PROGRAMAS POR SERVICIO (2023)

SERVICIO	PERSONAS CUBIERTAS	PORCENTAJE DE COBERTURA SOBRE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE ^(a)	PORCENTAJE DE COBERTURA SOBRE LA POBLACIÓN OBJETIVO ^(b)
Elepem	15.000	7,4%	13,7%
AP	6.095	3,0%	30,6%
Teleasistencia	1.125	0,6%	1,5%
Cupo cama	800	0,4%	0,7%
Centros de día	305	0,2%	0,3%
Apoyo parcial	130	0,1%	0,4%
FAAE	60	0,0%	0,8%
Programa de apoyo al cuidado permanente	44	0,0%	0,0%
Total servicios	23.559	11,7%	n.c.

Nota: (a) ratio entre el total de personas cubiertas por el programa y el total personas dependientes de todas las edades y niveles; (b) ratio entre el total de personas cubiertas por el programa y el total de personas elegibles por cada programa.

Fuente: elaboración propia.

Servicios existentes y coberturas para la población con dependencia severa

Programa de Asistentes personales (AP)

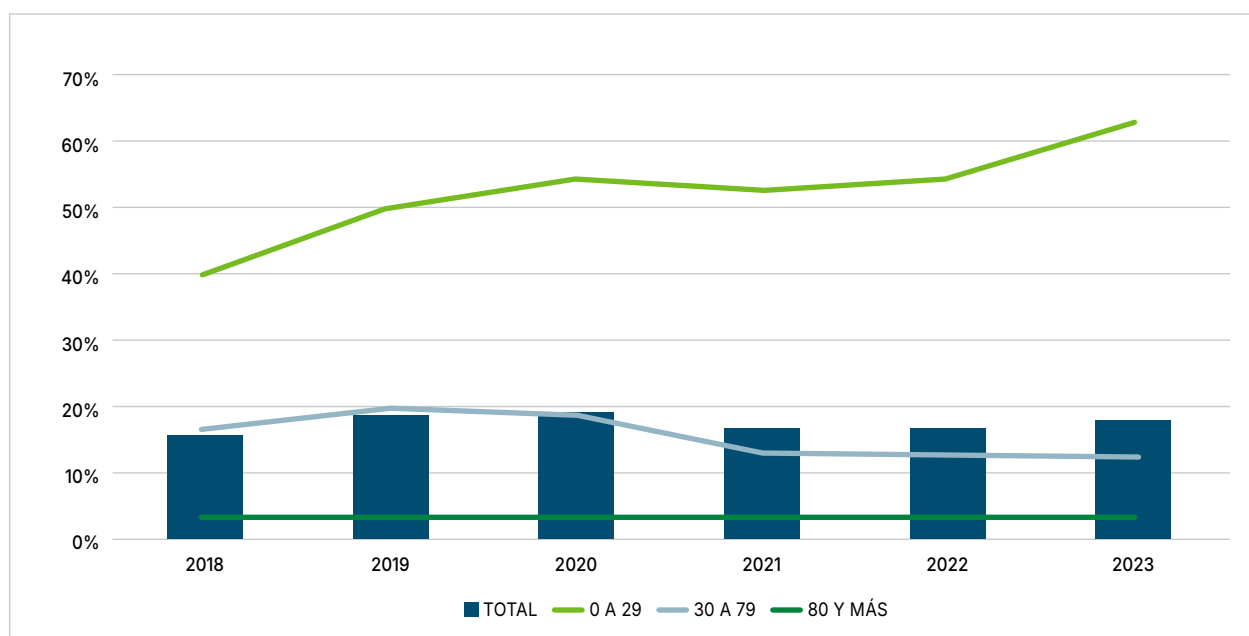
El programa con mayor cobertura para la población en situación de dependencia severa es el de Asistentes personales, que consiste en la provisión de un subsidio para la contratación de un servicio de cuidados domiciliarios de 80 horas mensuales para aquellas personas menores de 30 años y mayores de 80 años con dependencia severa.

El asistente personal puede ser alguien que trabaje de manera independiente o personal de empresas que brindan servicios de cuidado. Su función es asistir a la persona en situación de dependencia severa de forma directa y personalizada en la realización de sus actividades de la vida diaria (AVD). Los días y horarios en que se presta el servicio, así como las tareas concretas que realiza el asistente, se acuerdan con el usuario o su familia (MIDES, 2022b).

En 2023, el programa cubría a 6.095 usuarios (atendidos por 4.300 asistentes personales), lo que equivalía al 18% de la población en situación de dependencia severa de todas las edades y al 30% de la población objetivo, un porcentaje que se ha mantenido relativamente estable desde 2018. Este dato, sin embargo, esconde evoluciones muy diferentes según el rango de edad. En particular,

mientras que la cobertura para los menores de 30 años ha ido en aumento desde 2018, pasando del 40% al 63% de la población, la cobertura entre las personas mayores de 80 años ha disminuido del 17% al 13%; mientras, la cobertura entre la población de 30 a 79 años se ha mantenido relativamente constante en torno al 3% o 4% (**Gráfico 6**).¹⁷

GRÁFICO 6. PORCENTAJE DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES POR EDAD SOBRE LA POBLACIÓN CON DEPENDENCIA SEVERA



Fuente: elaboración propia a partir de registros facilitados por la División de Planificación y Seguimiento de la Dirección Nacional de Cuidados del MIDES con base en el SIAS de 2024, el ELPS de 2015 y el Censo de 2011.

En otras palabras, los menores de 30 años pasaron de representar el 51,6% del total de beneficiarios del programa en 2018 al 63,3% en 2023. Como contrapartida, cayeron los beneficiarios de mayor

edad, en particular, aquellos mayores de 80, que pasaron de representar casi el 37% del total al 28% (**Cuadro 10**).

17. Si bien la población entre 30 y 79 no hace parte de la población objetivo del programa, la cobertura para este grupo no es nula debido, en primer lugar, a que el beneficio no se interrumpe una vez que la persona entra, independientemente de su edad. Es decir, si una persona con dependencia severa accede al beneficio antes de sus 30 años, sigue conservando su derecho aún pasada esa edad. En segundo lugar, hay personas que pasan al programa aun siendo menores de 80 años si se constata una pérdida de autonomía que los haga clasificar como "dependientes severos" cuando son beneficiarios del programa de centros de día.

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENTES PERSONALES POR EDAD

AÑO	RANGO DE EDAD			TOTAL
	MENOR DE 30	30 A 79 AÑOS	80 AÑOS O MÁS	
2018	51,6%	11,5%	36,9%	100%
2019	49,9%	8,9%	41,2%	100%
2020	51,0%	7,4%	41,6%	100%
2021	54,1%	7,7%	38,1%	100%
2022	59,5%	9,2%	31,3%	100%
2023	59,6%	9,3%	31,1%	100%
2024	63,3%	8,5%	28,1%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de registros facilitados por la División de Planificación y Seguimiento de la Dirección de Cuidados del MIDES con base en el SIIAS de 2024.

En consonancia con el perfil de la población dependiente, entre los más jóvenes (menores de 30 años), casi el 70% de los usuarios son hombres, mientras que entre las personas mayores (80 años o más) hay una mayor participación de las mujeres, que suponen el 76% del total.

El programa presenta altos niveles de focalización. Alrededor del 90% de la población beneficiaria es socioeconómicamente vulnerable y recibe el servicio completamente subsidiado. Entre un 8% y un 10% paga el 33% del costo del servicio en forma de copago; menos del 2% paga un copago del 67%; y no hay beneficiarios que financien de su bolsillo el 100% del costo. Es importante destacar que esta situación se debe a la ausencia de potenciales usuarios de estratos socioeconómicos más elevados, sino a su decisión de no hacer uso del programa cuando el nivel de subsidio al que acceden es bajo.

La proporción de personas que decide hacer uso del servicio una vez que aplican al mismo y que se les considera como dependientes severos se reduce drásticamente a medida que disminuye

el nivel de subsidio al que acceden, pasando del 78% entre quienes obtienen el 100% del subsidio al 23% entre quienes reciben el 33% del subsidio (y al 0% entre quienes no acceden al subsidio) (SNIC, 2023). 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 es posible que, aun reconociendo la formación diferencial que otorga la habilitación oficial, las familias no puedan o no quieran asumir el costo de la misma y decidan seguir solucionando las necesidades de cuidados a través de cuidados familiares o de la contratación de un cuidador no habilitado por el sistema (Aranco y Sório, 2019).

Facilitador de autonomías en ámbitos educativos (FAAE)

En 2024 se puso en funcionamiento una nueva figura destinada a cubrir la demanda de cuidados de la población con dependencia severa y moderada en edad escolar: el facilitador de autonomías

en ámbitos educativos. Su objetivo es la atención de niños y niñas en situación de dependencia en centros educativos desde una perspectiva de cuidados.

Cada facilitador brinda atención durante 20 horas semanales a un máximo de tres estudiantes de entre 3 y 15 años en situación de dependencia moderada o severa de un mismo centro educativo de gestión pública que debe, a su vez, cumplir con ciertos requisitos (SNIC et al., 2023; SNIC, 2023). ¹⁸

La atención brindada comprende únicamente tareas de cuidado y no incluye competencias pedagógicas o didácticas. Aún así, la implementación efectiva del programa requiere de una importante coordinación institucional entre el MIDES y la ANEP para “fortalecer las capacidades de los equipos educativos de los centros y el despliegue de apoyos pedagógicos” y atender la diversidad del alumnado de manera inclusiva (SNIC, 2023, p. 44).

Para ser elegibles, los niños deben contar con cierto nivel de autonomía y no requerir asistencia individual de forma permanente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria en el centro educativo. La valoración de la población elegible se realiza mediante el baremo de dependencia, al cual se le aplican ponderaciones especiales que permiten identificar si el perfil de dependencia del niño puede ser atendido por un facilitador. Según lo comunicado por un informante calificado del SNIC, uno de cada cinco niños con dependencia

severa resultan elegibles para FAAE una vez aplicado el baremo. ¹⁹

En septiembre de 2024, se lanzó el plan piloto en 20 escuelas de Montevideo y del interior del país con 22 facilitadores y una cobertura esperada de 60 beneficiarios. Para 2028, se proyecta una expansión del programa hasta alcanzar las 300 escuelas y los 900 beneficiarios.

Programa de apoyo parcial

El programa de apoyo parcial se creó en 2013 como un piloto hacia la conformación de un sistema nacional de cuidados, con el objetivo de brindar hasta 20 horas mensuales de apoyo en actividades de la vida diaria, tanto dentro como fuera del hogar. Con la creación del SNIC, el programa pasó a depender de la Dirección de Discapacidad de la SNCyD. ²⁰

A partir de 2023, su población objetivo incluye a las personas con discapacidad en situación de dependencia moderada o severa de 30 a 65 años, una restricción con respecto al rango de edad cubierto hasta ese momento, que llegaba hasta los 79 años (DINTAD, 2023).

El programa cuenta con una cobertura relativamente baja. En 2024, 130 personas hacían uso del servicio, lo que equivale a alrededor del 2% de la población con dependencia severa en esa franja de edad.

¹⁸. Ver Irazoqui y Papadopolus (2025) para más detalle.

¹⁹. En el caso en que el niño sea elegible tanto para FAAE como para AP, se prevé que pueda acceder a ambas prestaciones, restringiéndose cada una al ámbito de intervención para el que fue diseñada (educativo y domiciliario, respectivamente).

²⁰. El programa de Apoyo parcial funcionó en la órbita del Programa Nacional de Discapacidad (Pronadis) hasta el 2020, año en el que el SNIC y el Pronadis se unificaron, dando lugar a la creación de la Dirección de Discapacidad.

Servicios existentes y coberturas para la población con dependencia leve o moderada

Para la población en situación de dependencia moderada, además de los programas de FAAE y de apoyo parcial (que se focalizan en personas con dependencia severa y moderada), existen centros de día para personas mayores de 65 años y el programa de teleasistencia para mayores de 70 años.

Los centros de día ofrecen un espacio socioterapéutico y polivalente para personas con dependencia leve o moderada que residen en sus hogares. De esta forma, se busca mantener la autonomía y retrasar el proceso de dependencia, además de contribuir a aliviar la carga de cuidados familiares y ofrecer asesoramiento.²¹

El servicio se brinda a través de convenios con cooperativas de trabajo u organizaciones de la sociedad civil que tienen a su cargo la gestión de los centros. Actualmente, todas las personas concurren sin costo y tienen la posibilidad de elegir entre las siguientes opciones: dos, tres o cinco veces por semana.

En 2023, había nueve centros de día ubicados en las siguientes ciudades: Montevideo (Montevideo), La Paz y Pando (Canelones), Juan Lacaze (Colonia), Rocha (Rocha), Melo (Cerro Largo), Paysandú

(Paysandú), Paso de los Toros (Tacuarembó) y Tranqueras (Rivera). El total de usuarios ascendía a 305, lo cual representa el 0,4% de la población objetivo (SNIC, 2023).

El servicio de teleasistencia, por su parte, permite a personas en situación de dependencia leve o moderada de 70 años o más acceder a un servicio de alerta con el que pueden avisar a su familia, vecinos o personal médico sobre cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o un collar que, al presionarse, envía la alerta a un centro de atención que está disponible 24 horas durante los 365 días del año. Al igual que en el caso del programa de Asistentes personales, los beneficiarios acceden a un subsidio total o parcial en función del nivel de ingreso per cápita del hogar (de 100%, 67%, 33% o 0%).

Desde febrero de 2020, hay cinco empresas habilitadas por el SNIC para proveer el servicio a nivel nacional. Hasta diciembre de 2023, se registraron 1.125 usuarios, lo que equivale al 2% de la población potencial del programa (70 años o más con dependencia leve o moderada). Los usuarios tienden a concentrarse entre quienes reciben el subsidio total, aunque uno de cada cuatro recibe un subsidio parcial o nulo (**Cuadro 11**). Casi nueve de cada 10 usuarios son mujeres y cerca de un 80% tiene entre 75 y 89 años.

21. Ley 19.353 y Decreto 427/2016.

**CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DE TELEASISTENCIA
SEGÚN EL SUBSIDIO QUE RECIBEN**

NIVEL DE SUBSIDIO	DIC-18		DIC-23	
	CANTIDAD DE USUARIOS	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL	CANTIDAD DE USUARIOS	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL
0%	29	3,2%	34	2,8%
33%	79	8,7%	80	6,5%
67%	189	20,7%	203	16,6%
100%	613	67,1%	906	74,0%
Sin datos	3	0,3%	2	0,2%
Total	913	100%	1.225	100%

Fuente: elaboración propia con base en la información brindada por la SNCyD.

Servicios existentes y coberturas para la población con cualquier nivel de dependencia

Además de los programas descritos anteriormente, existen servicios dirigidos a la población en situación de dependencia, al margen de su grado. Entre ellos se destacan: los Establecimientos de larga estadía (Elepem), el Programa de apoyo al cuidado permanente y el Cupo cama. Este último depende del BPS tanto para su financiamiento como para su ejecución. ²²

El Decreto 356/016 establece la incorporación de los Elepem al SNIC. Estos funcionan en el ámbito privado, pero es competencia del sistema, junto con Inmayores y el MSP, velar por la calidad de los servicios que brindan (véase sección 4.2.2).

El 1 de marzo de 2024, había 1.481 Elepem en funcionamiento, de los cuales 100 eran hogares sin fines de lucro y el resto residencias privadas con fines de lucro. Se ubicaban principalmente en Montevideo (537), Canelones (316) y Colonia (119).

Los departamentos con menor cantidad son Cerro Largo (15), Treinta y Tres (15), Artigas (10), y Río Negro (8). Se estima que más de 15.000 personas residen en estos establecimientos, lo que corresponde a un 24% de la población mayor de 65 años en situación de dependencia moderada o severa.

El Programa de apoyo al cuidado permanente opera desde 2021 y otorga un subsidio para el realojo de personas residentes en Elepem objeto de cierre o clausura por los organismos competentes. Para determinar si la persona es elegible para el subsidio, se realiza una evaluación de la situación de cada residente considerando sus recursos económicos, la existencia o no de referentes y/o familiares y la valoración sanitaria, así como el acceso a otros programas que le puedan corresponder.

Para participar en el programa, los Elepem deben estar habilitados y registrarse como instituciones interesadas. En diciembre de 2023 había 38 Elepem registrados y el programa cubría a 44 personas.

²² La Ley 19.353 también incluye los Servicios de Inserción Familiar (art. 518), pero los mismos fueron excluidos de la reglamentación dada por el Decreto 356/016. Dada su muy baja cobertura a la fecha, los mismos no se incorporan en este análisis.



El Estado también cuenta con un subsidio para el alojamiento de personas dependientes en Elepem en situación de vulnerabilidad a través del programa de soluciones habitacionales Cupo cama, que depende del BPS. Los beneficiarios deben ser jubilados o pensionistas por sobrevivencia del BPS, con residencia permanente en el país, pérdi-

da de autonomía e ingresos nominales inferiores a 12 unidades reajustables (\$21.000 o US\$ 480 a febrero de 2025). ^{23, 24} Este subsidio cubría a 800 personas en 2024 (el 60% de ellas en el interior del país), lo que representa el 0,1% de las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia.

4.2.2 Calidad de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia

Regulación y supervisión

El Estado, a través del SNIC, es el responsable de garantizar la calidad de los servicios de cuidados para la población en situación de dependencia funcional (Ley 19.353, art. 4). Bajo esta directiva

general, la regulación y supervisión puntual de cada uno de los servicios se ejecuta a través de distintas normativas y reglamentaciones que describimos en el **Cuadro 12**.

CUADRO 12. INSTITUCIONES RESPONSABLES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PARA LA POBLACIÓN CON DEPENDENCIA

PROGRAMA O SERVICIO	INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE GARANTIZAR LA CALIDAD	INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN Y EL MONITOREO	NORMATIVA
Asistentes personales	SNCyD	DNC (SNCyD) y DINTAD	Decreto reglamentario 117/016
Centros de día	MIDES y SNCyD	SNCyD y DINTAD	Ley 19.353 (2015). Contratos entre el MIDES y proveedores del servicio
Facilitador de autonomías en ámbitos educativos	MIDES, SNCyD y ANEP	DNC (SNCyD) y DINTAD	Ley 20.075, art. 335
Teleasistencia	MIDES y SNCyD	DNC (SNCyD) y DINTAD	Decreto reglamentario 428/016
Elepem	MIDES, Inmayores y MSP	MIDES, Inmayores y MSP	Ley 17.066 (1998) y Decreto 356/016

²³ La unidad reajutable (UR) es una unidad de medida utilizada en Uruguay para indexar ciertos valores económicos, como préstamos, alquileres y multas. Su valor se ajusta periódicamente en función del Índice Medio de Salarios.

²⁴ En las localidades de Cardona, Fray Bentos y Treinta y Tres este tope asciende a 14 YR (\$24.145,66).



Apoyo al cuidado permanente	MIDES y SNCyD	DNC (SNCyD) y DINTAD	Ley 19.353 (2015), Decreto 356/016 y Decreto 427/016
Apoyo parcial	MIDES y DND (SNCyD)	DND (SNCyD) DINTAD	Documento de diseño 2023 ²⁵

Notas: DINTAD = Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos, DNC = Dirección Nacional de Cuidados, DND = Dirección Nacional de Discapacidad.

Fuente: elaboración propia.

Estándares, diagnóstico y desafíos en torno a la calidad de los servicios de cuidados a la dependencia funcional en Uruguay

El Estado es el responsable de asegurar la calidad de los servicios de cuidados a través de dos dimensiones fundamentales: la calidad de los recursos humanos que prestan el servicio y la determinación de estándares mínimos relativos a la provisión del servicio, como el ratio de cuidadores por persona dependiente, los requisitos de la infraestructura o los servicios que deben ofrecerse, entre otros.

La formación de cuidadores es uno de los componentes del SNIC. 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; y (iii) registro de los cuidadores habilitados para trabajar.

Los cursos de formación tienen una duración de 152 horas, de las cuales 90 son teóricas y el resto se divide entre cursos de nivelación, prácticas formativas y proyectos ocupacionales que pueden realizarse en cualquiera de los servicios de la Ad-

ministración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (SNIC, 2017). Para aquellas personas que ya han recibido capacitación formal en cuidados, se acordó un proceso de validación de competencias que puede ser total o parcial. Además, está previsto que aquellas personas que cuenten con una antigüedad laboral de más de cinco años en el sector puedan ser habilitadas como cuidadoras del SNIC, previo proceso de certificación de competencias (Aranco y Sório, 2019).

Los cuidadores que hayan realizado el curso o que cuenten con la certificación de conocimientos correspondientes, quedan habilitados para ser contratados dentro del programa de Asistentes personales del SNIC.

En junio de 2024, de acuerdo con los datos brindados por la SNCyD con base en el SIIAS, había 9.116 personas habilitadas para brindar cuidados de forma remunerada. El 87% cuenta con habilitación definitiva, el 4% con habilitación parcial y el 9% con habilitación excepcional. De las personas habilitadas, menos de la mitad se encuentran trabajando (48%) y nueve de cada 10 son mujeres (95%) (**Cuadro 13**).

25. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/SNCyD_Discapacidad_2023_%20Apoyo%20Parcial.pdf

**CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS HABILITADAS PARA BRINDAR CUIDADOS
SEGÚN TIPO DE HABILITACIÓN, CONDICIÓN LABORAL Y SEXO**

TIPO DE HABILITACIÓN Y CONDICIÓN LABORAL	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Definitiva trabajando	3.168	35%	131	1%	3.299	36%
Parcial trabajando	163	2%	6	0%	169	2%
Excepciones	803	9%	61	1%	864	9%
Subtotal habilitados trabajando	4.134	45%	198	2%	4.332	48%
Definitiva no trabajando	4.401	48%	240	3%	4.641	51%
Parcial no trabajando	139	2%	4	0%	143	2%
Subtotal habilitados no trabajando	4.540	50%	244	3%	4.784	52%
Total habilitados	8.674	95%	442	5%	9.116	100%

Fuente: elaboración propia con base en datos de junio de 2024 brindados por SNCyD con base en el SIAS.

Hasta el momento, la formación de los cuidadores es la única medida de aplicación general que tiende a garantizar la calidad en este servicio, ya que no se han establecido estándares ni indicadores de calidad.

Sin embargo, aunque su extensión es aún reducida, vale la pena mencionar la iniciativa de provisión colectiva del servicio de cuidado domiciliario como herramienta para la estrategia de mejora de calidad. Esta estrategia se puso en marcha en 2022 en forma de un piloto que buscaba incentivar la conformación de cooperativas de asistentes personales para la provisión de cuidados domiciliarios. La modalidad de provisión colectiva ha demostrado tener varias ventajas, tanto en términos de calidad del servicio como del empleo de las personas cuidadoras (Alesina et al., 2025). En este sentido, las cooperativas cuentan con un contrato de servicios de cuidados que incluye herramientas de monitoreo del cuidado a domicilio. En particular, se está trabajando en el diseño de un plan personalizado

de cuidados que permita determinar de antemano no solo las tareas en las que se espera que el asistente brinde apoyo, sino también los objetivos que se quieren lograr en términos de calidad de vida de la persona dependiente.

La modalidad de provisión colectiva también supone una ventaja en lo que respecta a la continuidad del servicio, permitiendo a las asistentes personales tomarse días libres (vacaciones o por enfermedad), sin que el afiliado pierda el beneficio, ya que se puede asignar a otra cuidadora de la misma cooperativa para cubrir sus tareas.

A su vez, se espera que las cooperativas mejoren las condiciones laborales de los asistentes personales, lo cual redundaría en un aumento de la calidad del servicio. Desde el comienzo de la implementación se han presentado algunos desafíos a causa del desconocimiento de los derechos laborales y de las condiciones del contrato tanto por parte del asistente personal como de las familias,

además de la falta de claridad en la definición de las tareas que debe realizar y de otras dificultades asociadas al nuevo rol que cumplía la familia como empleadora. Con la modalidad colectiva, esto se ha ido subsanando, ya que la cooperativa actúa como intermediaria en la relación y ayuda a la familia a comprender cuáles son los roles y funciones del asistente personal.

Hasta el momento se han desarrollado dos evaluaciones del programa en la modalidad de provisión individual: una cualitativa, desarrollada directamente por DINTAD entre 2018 y 2019, y otra cuantitativa que desarrolló DINTAD con base en una encuesta encargada a la empresa OPCIÓN realizada en junio de 2021 (DINTAD 2021). Ambas buscaron generar información sobre la implementación, la gestión del programa y las valoraciones de los actores involucrados. De dichas evaluaciones se extrajeron resultados que avalaron la necesidad de introducir mejoras, y una de ellas fue la implementación de la modalidad de provisión colectiva. En estos momentos se está cerrando la evaluación de dicha modalidad desarrollada por una organización externa (CIEDUR), en conjunto con la SNCyD.

Otra estrategia que se desarrolla desde el inicio del programa para mejorar el vínculo entre la SNCyD y los asistentes personales, así como el sentimiento de grupalidad entre ellos, son los encuentros. En dichas instancias se busca desarrollar un mayor acompañamiento del servicio y promover un modelo de atención centrado en la persona, el cual redundará en una mejor calidad del servicio. Durante estas citas, se brindan herramientas útiles para el desarrollo de la tarea, se escuchan las inquietudes de los asistentes y se busca transformar situaciones emergentes y propias de la soledad de la tarea en marcos conceptuales que guíen y generen nuestras estrategias (SNIC, 2022). En 2023

se realizaron 14 encuentros en 12 departamentos en los que participaron cerca de 400 asistentes personales y cuidadoras de centros de día.

Los facilitadores de autonomías en ámbitos educativos, por su parte, deben contar con el curso de atención a la dependencia habilitado por el SNIC y una formación adicional de 22 horas orientada específicamente a las competencias propias del FAAE, vinculadas a la gestión dentro de centros educativos.

Para garantizar la calidad de la intervención con miras a su expansión nacional, el monitoreo de la implementación del plan piloto está a cargo de un equipo coordinador integrado por representantes de la ANEP y del MIDES, y es supervisado por un consejo político que cuenta con integrantes de estas dos entidades. En el monitoreo del componente de atención a la dependencia se definen como indicadores el número de intervenciones por niño por día, el número de solicitudes de intervención no atendidas en la semana y el porcentaje de satisfacción con la calidad de las intervenciones evaluadas por el docente o la familia. También se prevé una evaluación del impacto del piloto a través de entrevistas a los equipos de apoyo de cada centro educativo y a las familias de los estudiantes asistidos (ANEP, 2022; MIDES, 2022).

La formación de los cuidadores es también una forma de garantizar la calidad del servicio del programa de Apoyo parcial, aunque en este caso los requerimientos son más laxos. Para ser cuidador de este programa (operador de apoyo) se requiere formación o experiencia en discapacidad y dependencia. Si bien es válido el curso de atención a la dependencia ofrecido por el SNIC, no es excluyente, ya que también se valora como mérito la experiencia o capacitación en otro tipo de

instituciones. Además de la experiencia de cada operador de apoyo, cuando ingresan al programa reciben una capacitación de una semana que consiste en una jornada de formación teórica y cuatro días de trabajo conjunto con otro operador de apoyo en el domicilio de la persona beneficiaria. Además, la dirección del programa ofrece entre uno y dos cursos anuales de capacitación dirigidos a todos los operadores de apoyo. En ellos, se trabaja con temas propuestos de forma colaborativa entre autoridades y trabajadores.

En el caso de los centros de día, las condiciones específicas que deben cumplir se encuentran detalladas en el procedimiento de contratación pública entre el Estado y las OSC o las cooperativas de trabajo que los proveen. Estas son sumamente completas, ya que establecen condiciones ideales del servicio, explicitan roles y tareas, y definen el servicio centrado en la persona, ajustado a la normativa internacional y nacional en la materia. No obstante, el hecho de que estos requisitos no estén contemplados en una reglamentación adecuada y obligatoria hace que sean exigibles únicamente entre las partes firmantes del contrato, pero no por parte de los usuarios o familias.

En los contratos con los proveedores del servicio se establecen requisitos mínimos en lo referente a los recursos humanos que deben tener los centros de día: un coordinador técnico, un psicólogo, un auxiliar de servicios y cuatro cuidadores habilitados por la SNCyD a través del curso de atención de la dependencia y con experiencia de trabajo con personas mayores o personas en situación de dependencia y trabajo en equipo, no superando el ratio de diez usuarios por cada cuidador. Además, cada centro debe proveer al menos ocho horas

semanales de talleres, incluyendo al personal técnico que las desarrolle (por ejemplo, contratando talleristas). En la actualidad, existen 58 trabajadores estables en los nueve centros de día y otros 20 que se contratan como talleristas.

Aparte de los requisitos en términos de recursos humanos, los centros de día cuentan con distintas estrategias para asegurar la calidad de los servicios. En primer lugar, en cada centro existe una Comisión de Seguimiento Territorial (CST) y una Comisión de Personas Usuarias para fortalecer la apropiación de la propuesta por parte de todas las instituciones y actores involucrados (tanto las pertenecientes al SNIC como otros actores importantes del territorio, los usuarios y sus familias).

En segundo lugar, cada usuario cuenta con un **plan de atención personalizado** que contiene un programa individual de intervención y cuidados con una mirada interdisciplinaria, formulado con y para el usuario, y que se adapta a su evolución. El plan tiene como base la valoración integral hecha al momento del ingreso al centro, que contempla las necesidades, capacidades e intereses de la persona, así como los recursos disponibles en el centro y en la comunidad. Esta hoja de ruta debe realizarse en las primeras semanas desde su ingreso y tiene que incluir las dificultades y potencialidades detectadas, los objetivos propuestos, las actividades acordadas con su carga horaria y la responsabilidad de cada área para poder alcanzarla (funcional, psicoafectiva, biomédica, cognitiva y social). Al menos una vez al año se debe realizar una evaluación del grado de cumplimiento del plan junto con el usuario para poder redireccionar, ajustar o modificar los aspectos requeridos en la atención.

En el caso de la Teleasistencia, el requisito es que las empresas que provean el servicio estén habilitadas por el sistema. Un censo de 2018 entre los usuarios del programa mostró que, si bien menos del 10% de los usuarios realizaban un uso efectivo del servicio ante una emergencia, hay una percepción de que brindó tranquilidad en su entorno (familiares y personas allegadas) y en su vida cotidiana, contribuyendo positivamente a su bienestar (De la Rosa, 2020).

Tal vez uno de los mayores desafíos en este momento en relación con los servicios para personas en situación de dependencia funcional es el referido a los Elepem. Como se muestra en el Cuadro 12, la habilitación y fiscalización de las residencias de larga estadía son responsabilidad conjunta del MSP, que asegura la calidad de los centros con base en criterios geriátricos y gerontológicos, y del MIDES, que se encarga de regular y fiscalizar los hogares y casas de salud en materia social a través de Inmayores.

La habilitación social de los centros regula 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.

En la actualidad, solo el 20% de los establecimientos cuentan con un certificado social vigente y el 10% lo está tramitando. Montevideo es el único departamento con más de la mitad de los establecimientos certificados o en vías de hacerlo.

Le siguen Maldonado y Tacuarembó, con 40%, y Salto, Durazno y Flores, con entre el 30% y el 35%. Los departamentos con proporciones más bajas son Treinta y Tres, Rocha y Rivera, que tienen entre el 4% y el 7% de los centros certificados (SNIC, 2023).

El control y la fiscalización de los establecimientos se realizan mediante visitas programadas por cualquiera de los dos ministerios responsables. Durante 2023 se hicieron 407 fiscalizaciones, lo que representa un 27,5% del total de establecimientos. El Programa de apoyo permanente, descrito en la sección 4.2.1, puede verse también como una respuesta del sistema a la baja calidad de algunos de los Elepem.

Respecto a los recursos humanos, la normativa establece que el personal a cargo del cuidado de personas mayores deberá ser exclusivo para dicha función, respetando los siguientes ratios:

- a. en turnos diurnos, uno por cada 10 residentes autoválidos y uno por cada cinco residentes con dependencia; y
- b. en turnos nocturnos, uno por cada 20 residentes autoválidos y uno por cada 10 residentes con dependencia.²⁶

Con la conformación del SNIC, se estableció que todos los cuidadores debían contar con habilitación, ya sea a través del curso de atención a la dependencia o con la certificación de competencias, marcando un plazo de cuatro años para alcanzar la meta. Más tarde, ese plazo se amplió, pero al momento todos los trabajadores de los Elepem

²⁶. En la Ordenanza 1032 de 2019 del MSP, y a los efectos del cálculo del ratio de cuidadores, se establece que se consideren personas dependientes a aquellas que presenten un puntaje de 0 a 40 (ambos incluidos), según el índice de Barthel. Por el contrario, se consideran personas autoválidas aquellas que superen los 40 puntos en ese índice.



deberían contar con habilitación. Cada institución debe, además, contar con un profesional del área social.

En marzo de 2024, había 10.926 personas trabajando en establecimientos de larga estadía. De ellos, el 59,7% son cuidadores. No se dispone de información sobre el ratio de cuidadores respecto al número de residentes ni sobre el nivel de formación de los mismos.

Por último, como parte de la apuesta por 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, mobiliario o en formación y capacitación de los recursos humanos. Al momento de escribir este reporte, no había aún ningún crédito asignado como parte de este programa.

5. El futuro del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: propuestas para un sistema fortalecido

A partir del diagnóstico, de entrevistas y conversaciones técnicas con los equipos encargados de la política y la revisión de las buenas prácticas internacionales, los trabajos de consultoría contratados realizaron una serie de recomendaciones y propuestas que permiten ir cerrando las brechas de calidad y cobertura evidenciadas, en busca de un

sistema fortalecido. Algunas de estas propuestas se retoman en el análisis de Villalobos (2025) a fin de entender cuál sería la inversión necesaria que requerirían y cómo podrían financiarse. En este documento se presentan las recomendaciones sin analizar su impacto en términos de costo.

5.1 La demanda futura de cuidados

Para entender cómo llegar a un Sistema de Cuidados fortalecido, uno de los puntos importantes es entender cómo se espera que evolucione la demanda de cuidados en el futuro próximo. En este sentido, las necesidades de cuidados de la población serán crecientes y con una composición distinta a la de hoy en día, con una caída relativa en la demanda de cuidados infantiles y un aumento de la demanda de cuidados para personas mayores dependientes.

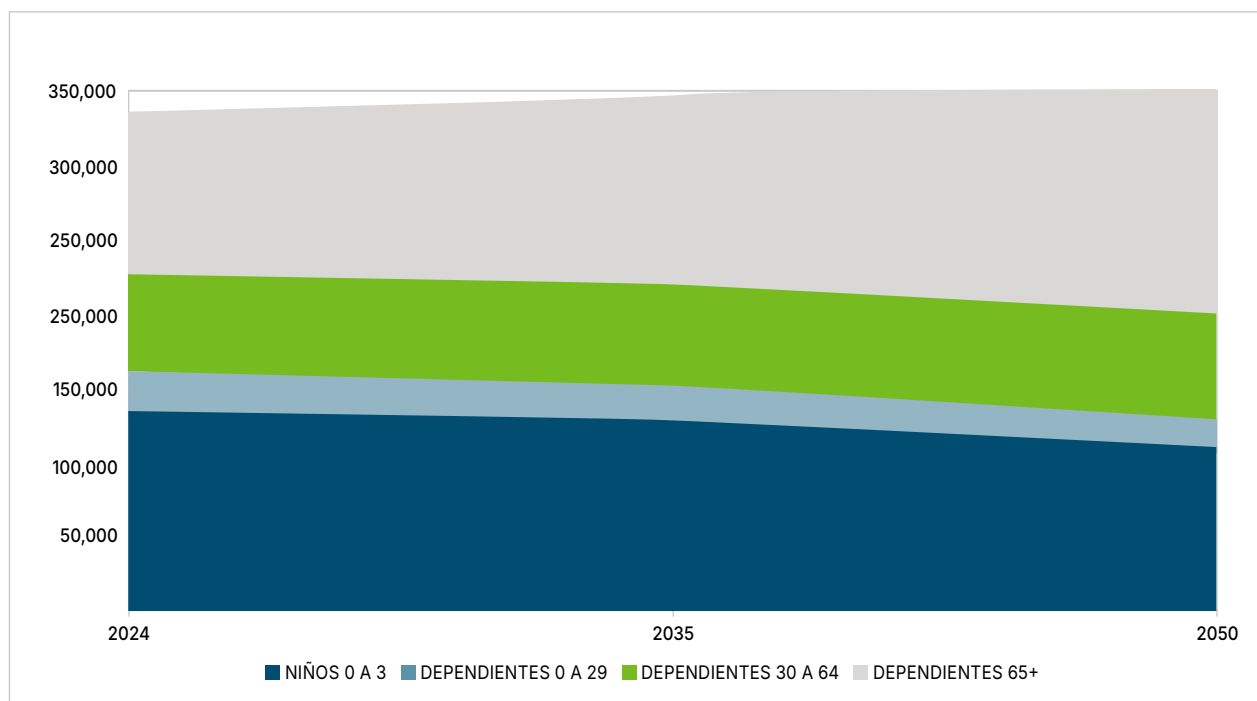
Aun teniendo en cuenta un posible efecto rebote en los nacimientos, el mismo no sería suficiente para revertir la tendencia a la baja que se ha venido dando en los últimos años y que se espera continúe (Cabella et al., 2024).²⁷ Según las proyecciones de Naciones Unidas (2024), la población de niños entre 0 y 3 años podría pasar de alrededor de 135.000 en la actualidad a 128.000 en 2035 y 110.000 en 2050 (una caída de casi el 20%).

Al mismo tiempo, se espera que el número de personas mayores siga aumentando, con lo cual se proyecta un incremento de las necesidades de cuidados de esta población. Las últimas estimaciones disponibles, con base en datos de prevalencia de la dependencia de 2015, sugieren que el número de personas mayores de 65 años con dificultades en al menos una actividad básica de la vida diaria en Uruguay pasará de poco más de 200.000 en la actualidad a 220.000 en 2035 y casi 250.000 en 2050, un aumento de más del 20%.

Entonces, suponiendo que la prevalencia de la dependencia entre los niños y los jóvenes se mantiene constante, hacia 2050 estaríamos ante una configuración de la demanda de cuidados en Uruguay bien distinta a la que rige en la actualidad, con el peso de las personas mayores dependientes de cuidados aumentando del 30% en la actualidad al 45% en 2050 (**Gráfico 7**).

27. El efecto rebote en los nacimientos podría darse cuando las adolescentes que postergaron el nacimiento de su primer hijo, comiencen a tener hijos.

**GRÁFICO 7. PROYECCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DE LA DEMANDA DE CUIDADOS
POR TIPO DE POBLACIÓN Y GRUPO DE EDAD (2024-2050)**



Fuente: elaboración propia con base en datos de Naciones Unidas (2024).

Este aumento y el cambio en la composición de la demanda de cuidados se darán, a su vez, en un contexto social también distinto al actual, caracterizado por familias más pequeñas y por una mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo. En particular, la caída de la tasa de natalidad implica que, en el futuro, habrá menos familiares disponibles para cuidar a las personas mayores que los que hay hoy, lo que impone una mayor presión a los sistemas de cuidados.

Los cambios sociales y demográficos esperados implican que, en principio, podría existir espacio para un aumento de la intensidad y de la calidad de los servicios de cuidados brindados a la infancia —por ejemplo, a través de un aumento de la extensión horaria de los servicios— y, por otro, que el sistema debe hacer esfuerzos importantes en aumentar la cobertura entre las personas mayores, con soluciones más eficientes que permitan adaptarse mejor a sus necesidades. A continuación, se presentan algunas de estas opciones.

5.2 Posibles recomendaciones para los servicios de cuidados a la infancia

Para pensar en un sistema fortalecido que otorgue servicios de cuidados a la infancia que sean eficientes, efectivos y de calidad, es necesario tener en cuenta que estos requieren de una integralidad profunda. Este diálogo permanente entre todas las dimensiones que envuelven al niño y su entorno se debe ajustar constantemente con base en las distintas ponderaciones de cada dimensión (Belsky, 2018; Taraban y Shaw, 1984). Es por este motivo que un sistema de educación y cuidados en la primera infancia debe articular a múltiples actores, incluyendo al sistema educativo, las instituciones a cargo del desarrollo social y el sistema de salud. A continuación se resumen las recomendaciones que surgen de esta consultoría para alcanzar estos objetivos. Un análisis más detallado de las mismas, con acciones concretas que guían la implementación, se encuentra en Balsa y Zak (2025).

- (1) En primer lugar, se requiere **fortalecer la gobernanza del sistema**. Varios cambios se proponen para lograr este objetivo.

La primera recomendación en materia de gobernanza es trabajar en lograr una rectoría en clave sistémica. Actualmente, se identifican tres subsistemas sin una clara relación jerárquica entre sí y con presupuestos y directrices fragmentados incluso para servicios comunes: CAIF, CAPI y CCEI, que dependen únicamente del INAU. Por otra parte, se encuentran los servicios de CCC, los centros SIEMPRE y los EHHE, que funcionan bajo la órbita conjunta del SNIC y el INAU. En un tercer sistema se sitúan los servicios de educación inicial de la ANEP. Si bien el SNIC fue originalmente pen-

sado como la figura para dar marco al sistema, en la práctica, la institucionalidad preexistente le ha impedido ocupar ese rol.

Fortalecer la rectoría del sistema de educación y cuidados en primera infancia es de suma importancia para diseñar políticas con una visión integral de país y asegurar niveles de calidad adecuados. Hay varios caminos posibles. Una primera vía es fortalecer las capacidades jurídicas y presupuestales del SNIC para ejercer esa rectoría. Otro camino es separar la autoridad en dos: una que regule los servicios de educación y cuidados para niños menores de 3 años y otra que regule los servicios para niños de 3 años o más (por ejemplo, el INAU y la ANEP, respectivamente). Aunque esta solución no resolvería los problemas de los distintos subsistemas dentro de una misma franja (la interacción entre SNIC e INAU, por ejemplo), ni los conflictos que surgen de la coexistencia del regulador y el prestador en un mismo organismo, lo que se da tanto para el INAU como para la ANEP. Una tercera alternativa es que, en vista de la reciente aprobación de la Ley de Garantías para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (GAPIIA), sea el gabinete previsto en este proyecto (que funcionaría bajo la órbita de MIDES), el que asuma el rol de la planificación, diseño y evaluación de los servicios de educación y cuidados a nivel sistémico, y el Ministerio de Economía incorpore una mirada presupuestal articulada que promueva la coordinación financiera de los distintos actores en la implementación de las políticas, en particular, INAU y ANEP.

Es necesario también fortalecer la gobernanza y las capacidades de gestión dentro del INAU. Actualmente, el INAU tiene un organigrama tricéfalo en lo que se refiere a políticas de primera infancia, con tres divisiones sin una relación necesariamente jerárquica: la Secretaría Ejecutiva de Primera Infancia (SEPI), el Programa Primera Infancia y la Subdirección General de Gestión Territorial, de la que dependen las direcciones departamentales. Este organigrama genera duplicidades, ralentiza procesos y requiere que el directorio se involucre. Se recomienda que el INAU descentralice paulatinamente sus procesos, dando un mayor poder en la toma de decisiones al Programa de Primera Infancia, de forma que ciertas resoluciones puedan abordarse rápidamente. ²⁸

Lo anterior también incluye el fortalecimiento de los sistemas de información en general, y del INAU de forma más urgente. En este sentido, se deben mejorar, homogeneizar y digitalizar los registros de listas de espera y la capacidad de oferta en sus distintas modalidades a nivel territorial. Esto incluye: (i) la modalidad de atención de la matrícula, (ii) los niveles de asistencia, (iii) las mediciones de desarrollo del niño, (iv) las características sociodemográficas de las familias (en particular, los niveles de vulnerabilidad), (v) las intervenciones con los niños, (vi) la articulación con otras instituciones, los registros de supervisión y actas de evaluación, (vii) los indicadores de

calidad de los CPI y (viii) los proyectos de los centros. Cabe acotar que, según fuentes del INAU, en 2022 el directorio aprobó avanzar en varios de estos aspectos, pero aún no se han podido implementar.

Una medida que, sin duda, ayudaría al fortalecimiento de la gobernanza es simplificar la oferta de centros de primera infancia, ya que la diversidad de tipologías genera una enorme carga burocrática para el sistema y afecta al adecuado monitoreo y supervisión de los centros (OPP, 2022).

También con miras a fortalecer la gobernanza, la OPP (2022) recomienda fortalecer la capacidad de gestión de las OSC que gestionan los CAIF a través de varias medidas: (i) capacitar al personal de cooperativas para mejorar sus capacidades de gestión; ²⁹ (ii) establecer un cargo de dirección remunerado; (iii) priorizar convenios con OSC de mayor tamaño y más experiencia; (iv) buscar nuevos esquemas como el de los centros SIEMPRE, en los que la empresa forma parte de la gestión; (v) definir el alcance de los convenios con mayor precisión, ya que actualmente son muy generales; (vi) introducir incentivos a la buena gestión; (vii) mejorar y simplificar los procesos administrativos; y (viii) facilitar los procesos de innovación de las OSC, dándoles más libertad de acción y capitalizando sus mejores prácticas.

²⁸. Por ejemplo, el aval de todos los gastos, incluso gastos menores, se hace a nivel de directorio, mientras que la rendición contable está delegada a una Unidad de Contralor Contable. La delegación se debe buscar también a otros niveles: los supervisores no pueden contactar Inspectores de ANEP o Directores de Escuelas con objetivos de coordinación, sin antes pedir aval a la Directora del Programa o no pueden avalar reorganizar grupos en un CAIF que ellos supervisan (por ejemplo, pasar un grupo de 2 años a uno de 3, si así lo requiere la comunidad y no implica más gastos). Se requiere mejores procesos que permitan delegar más confianza en los niveles de gestión meso y micro.

²⁹. Hay un convenio entre el INAU y el INACOOP que busca capacitar a cooperativas gestoras de CPI para mejorar sus capacidades de gestión. Tras varias ediciones, se ha alcanzado también a cooperativas gestoras de otros perfiles, como clubes de niños, centros juveniles, etc. También se hicieron dos o tres ediciones más acotadas, destinadas a funcionarios del INAU con el objetivo de capacitarlos en cuanto a las características de las cooperativas.

La última recomendación en términos de gobernanza es establecer una Dirección de Educación Inicial en la ANEP. El enfoque en educación inicial es sumamente distinto al de la educación primaria, no solo a nivel de procesos pedagógicos sino también en una lógica de cuidados y de involucramiento de la familia y la comunidad en el proceso.

- (2) En segundo lugar, el informe hace recomendaciones para **augmentar la cobertura de los servicios**, en particular, en lo referente a la cobertura diaria y la extensión horaria de los mismos. Garantizar el acceso universal a centros de primera infancia de calidad redundaría en un mayor bienestar, desarrollo y aprendizaje de los niños y en una mayor igualdad entre mujeres y hombres. Sin embargo, como se ha visto a lo largo de este informe, cuando hablamos de servicios de cuidados diarios, Uruguay se encuentra bastante lejos de la universalidad y deberá ir planteando metas intermedias.

Hay varios aspectos que deben tenerse en cuenta en el diseño de una política de expansión de servicios de educación y cuidados en primera infancia: i) universalidad versus focalización; ii) horario de atención; iii) forma de financiación de los servicios; iv) edad en que se garantiza el derecho a una plaza en un centro; v) la obligatoriedad o no del servicio; vi) capacidad de monitoreo y supervisión del sistema; vii) capacidad de formación de recursos humanos; y viii) definición de los responsables de la gestión.

A continuación, se resumen algunas de las recomendaciones para el proceso de expansión en Uruguay.

- i) Apuntar a un sistema universal en el largo plazo, partiendo de un sistema focalizado, pero que no profundice la segregación socioeconómica. Si bien un sistema de cobertura universal que permitiera garantizar plazas subsidiadas a toda la población sería el ideal, en el corto plazo, y ante las restricciones presupuestales existentes, se recomienda avanzar priorizando a las poblaciones más vulnerables, que son las que más beneficios obtienen de estos servicios y las que menos los pueden financiar. Debe buscarse un balance adecuado en la composición de los niños que asisten (vulnerables y no vulnerables), de manera de que el centro no aumente la segregación socioeconómica, sino que oficie como ámbito de integración social (los centros SIEMPRE son buenos modelos en este sentido, al igual que las BIS si se logra asegurar la calidad de los centros que participan en el programa). En muchos casos, la segregación socioeconómica responde a una segregación barrial, en particular en Montevideo, donde quizás haya que recurrir a otro tipo de soluciones, como el transporte.
- ii) Aumentar las plazas de ocho horas para población vulnerable y familias en las que la mujer trabaja, y flexibilizar el horario de atención. La escasez de cupos de ocho horas parece ser un cuello de botella del sistema. El objetivo a largo plazo es ofrecer plazas de ocho horas a todas las familias que lo necesiten, aunque no necesariamente de forma gratuita (Villalobos, 2025). En el proceso de transición,

se recomienda ofrecer tanto plazas de cuatro como de ocho horas, priorizando estas últimas para la población vulnerable y familias en las que ambos padres trabajan.

- iii) Ofrecer plazas a partir de los siete meses de edad del niño, de forma que no haya brecha entre el momento en que termina la licencia parental y el inicio de la cobertura de los centros.
- iv) Considerar subsidios diferenciales por nivel socioeconómico. Hoy en día los servicios de educación y cuidados en primera infancia en Uruguay son totalmente gratuitos, lo que contrasta con los países con sistemas de educación y cuidados más avanzados, que ofrecen niveles diferenciales de subsidios de acuerdo con la capacidad de pago de cada familia. Se recomienda ofrecer plazas gratuitas para la población que recibe transferencias del Estado (AFAM-PE y/o TUS) y generar un sistema de pago para el resto de la población. El análisis de este escenario se puede encontrar en Villalobos (2025).
- v) Planificar cuidadosamente la expansión de la cobertura con una política de recursos humanos acorde. El plan de expansión deberá estar acompañado de una política de formación de recursos humanos (maestros, educadores, auxiliares, personal técnico y personal de supervisión y monitoreo) que permita garantizar la calidad.
- vi) Considerar cómo cubrir las necesidades de educación y cuidados en primera infancia

durante el verano. Esto implica considerar ofrecer colonias de vacaciones para que las familias tengan opciones si su licencia no coincide con el momento del cierre del centro, aunque esto no sea necesariamente de forma gratuita.

La expansión de la cobertura debería acompañarse de un **proceso de focalización de los servicios**, siempre poniendo atención —como se plantea en el punto (i)— en no contribuir a la segregación socioeconómica de los más vulnerables. Como se señala en páginas anteriores, la población con mayor vulnerabilidad es, en general, la que tiene más dificultades para acercarse a los centros y sostener la asistencia. La priorización deberá basarse no solamente en la lista de quienes se inscriben por propia voluntad, sino que se necesitan acciones concretas para llegar a las familias que de otra forma no lo harían (promoción de la demanda, a través, por ejemplo de soluciones de transporte, comunicación de los beneficios de la asistencia, incentivos a la asistencia o acompañamiento periódico y regular).

El proceso de expansión y focalización de la demanda no se puede lograr sin conocer en profundidad la demanda y la oferta. Desde el punto de vista de la demanda, para que los programas de educación y cuidados tengan buen alcance, se requiere entender mejor la demanda insatisfecha y las barreras que impiden un mayor acceso a nivel de cada localidad, tanto de oferta como de demanda. Actualmente, el INAU desconoce a cuánto asciende el exceso de demanda y para qué modalidad de atención hay listas de espera (cuatro horas u ocho horas).

Desde el punto de vista de la oferta, es clave tener pleno conocimiento de la capacidad disponible e incentivar la expansión de la infraestructura en los centros que tienen capacidad, además de buscar formas alternativas e innovadoras de expandir los cupos sin necesidad de infraestructura nueva. Por ejemplo, mover los talleres de EO que se dictan en días y horarios laborables a los fines de semana, o implementar soluciones como centros SIEMPRE o BIS que se apoyen en infraestructura privada.

Por último, la expansión de la cobertura y su focalización no pueden hacerse sin una definición institucional clara acerca de la responsabilidad de la cobertura en el nivel 3, o de cómo debería distribuirse entre la ANEP y el INAU. La discusión no se remite únicamente a qué institución debería hacerse cargo y con qué presupuesto, sino a qué tipo de modelo habría que ofrecer. El INAU tiene más centros de nivel 3 que cubren ocho horas, ofrece alimentación, una mayor cercanía con las familias, más horas de equipos técnicos (psicomotricista, psicólogo y trabajador social) y una mejor infraestructura en centros nuevos. La ANEP, por su parte, tiene recursos humanos más capacitados y una mayor orientación hacia la preparación para la escolarización, aunque también tiene grupos más numerosos.

(3) En tercer y último lugar, se hacen recomendaciones en torno a la **calidad de los servicios**.

³⁰ La evidencia internacional es contundente en que un mal centro puede tener implicancias altamente perjudiciales en el desarrollo de

un niño. Asegurar estándares de calidad es, por lo tanto, un requisito indispensable para cualquier sistema de cuidados y para cualquier proceso de expansión de cobertura.

El trabajo de consultoría realizado muestra que hay muy poca información a nivel sistémico sobre la calidad de los centros de primera infancia y sobre su impacto en el desarrollo de los niños. En especial, en la corresponsabilidad de los cuidados y en los ambientes de crianza y bienestar familiar. Existen carencias en la definición de criterios de calidad sistémicos y la ausencia de una rectoría atenta a las implicancias de distintas decisiones pedagógicas, de recursos humanos y de currículum sobre el desarrollo infantil y sobre la corresponsabilidad social de los cuidados.

Es sumamente necesario fortalecer el monitoreo y la rendición de cuentas sobre la calidad del sistema. Esto implica contar con una rectoría única e independiente de la gestoría de los servicios (a lo que ya nos referimos), contar con normativas claras y uniformes que guíen la apertura y el funcionamiento de los centros de primera infancia, contar con sistemas de monitoreo, supervisión y acompañamiento adecuados, y disponer de sistemas de información y evaluación de resultados que permitan rendir cuentas, planificar estratégicamente y guiar reformas. A continuación se dan algunas recomendaciones en torno a estas áreas.

- (i) Uno de los prerrequisitos para mejorar la calidad es poder medirla. Para eso, como se mencionó ya, el sistema debe mejorar

³⁰ El informe entrega también recomendaciones en torno al financiamiento de los servicios, que son abordadas en Villalobos (2025), y sobre licencias parentales y servicios de cuidados para niños de 4 a 12 años que pueden verse en Balsa y Zak (2025).

sus sistemas de información, los cuales hoy presentan grandes desafíos (sobre todo, en el INAU). El sistema de información debe rediseñarse con una lógica que resulte de utilidad para la toma de decisiones en todos los niveles: rectoría, supervisión, centro educativo y usuario. Su alcance debe llegar a todo el sistema: centros gestionados y/o financiados por el INAU, centros privados supervisados por el INAU y centros de la ANEP. Los esfuerzos hacia un sistema de información integrado deberían compatibilizarse con el Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia previsto en la ley GAPIIA recientemente aprobada.

- (ii) Para poder medir la calidad e implementar acciones de mejora, además de procesos de información sólidos, hace falta mejorar los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación.
- (iii) Otro camino para asegurar la calidad de los centros es establecer criterios y mecanismos más rigurosos para habilitar la apertura de centros, monitorearlos, evaluarlos y asegurar su rendición de cuentas. El documento elaborado por el CCEPI en 2015 identifica los requerimientos mínimos necesarios para la autorización y funcionamiento de los centros de educación infantil para niños de 0 a 5 años. Sin embargo, como se menciona en la sección 4.1.2, estos requisitos no son vinculantes. Las especificaciones de calidad incluidas, además, se refieren a características estructurales, como la relación entre el adulto y el niño

y los requisitos en materia edilicia y de equipamiento, pero no hacen referencia a procesos ni a indicadores de resultados o de rendición de cuentas. Se recomienda avanzar en normativas y regulaciones a nivel sistémico que sean vinculantes.

- (iv) Estos criterios y estándares de calidad deben también incluir la formación y profesionalización de los recursos humanos, tanto de directores, maestros y auxiliares como de otros profesionales.

La estrategia implica: i) mejorar la formación inicial en educación en primera infancia; ii) ofrecer itinerarios de profesionalización para el personal sin calificación o con baja calificación; iii) mejorar el desarrollo profesional permanente; iv) desarrollar acciones que eleven el estatus de la profesión de los trabajadores en servicios de educación y cuidados de primera infancia (perspectivas de carrera, remuneración y reconocimiento social). La remuneración, unida a la concientización del rol que cumplen estos recursos humanos en la formación de capital humano de la sociedad, constituye un factor crítico. En la actualidad, los educadores perciben salarios bajos, lo que es un impedimento para atraer personal calificado y con vocación.

La recomendación es que todos los que trabajen en docencia directa tengan, al menos, un título terciario en primera infancia y que aumente significativamente (como mínimo, al 50%) el número de docentes directos con titulación de Magisterio en primera infancia o Magisterio.

- (v) Alcanzar los objetivos anteriores exige realizar un esfuerzo significativo por incrementar la oferta de formación terciaria de aquellos que están trabajando en los centros, incluso si se mantienen los niveles de cobertura actuales. En un escenario de expansión de la cobertura y de las horas de atención, el esfuerzo sería mucho mayor.
- (vi) La calidad de la atención depende de que el currículum se adapte y responda a las necesidades y al potencial de cada niño,

incluyendo aquellos con necesidades especiales o que provienen de contextos vulnerables. El país debe seguir trabajando en este sentido, para maximizar el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños, involucrando a los padres a través de programas que promuevan el buen trato, el aprendizaje y el desarrollo de los niños en el hogar, así como un mayor involucramiento de la figura paterna en temas de crianza y cuidados.

5.3 Recomendaciones para los servicios de cuidados a la población con dependencia

Las recomendaciones para lograr servicios de cuidados a la dependencia con mayor cobertura y calidad, asegurando su sostenibilidad, deberían tener en cuenta los cambios demográficos esperados, que proyectan un crecimiento de la demanda debido al envejecimiento de la población. Esto implica no solo pensar en estrategias eficientes que se adapten a los perfiles de cada usuario, sino también cómo se pueden financiar ante un escenario de necesidades de inversión crecientes.

- (1) En primer lugar, es necesario **avanzar en aumentar la cobertura**, sobre todo entre las personas mayores. Se presentan a continuación algunas consideraciones a este respecto.
 - (i) En la actualidad, la cobertura de los servicios para las personas en situación de dependencia que brinda el sistema se encuentra fraccionada, tanto en términos de grados de dependencia como de edad (por ejemplo, el programa de asistentes

personales deja fuera de su cobertura a las personas entre 30 y 79 años, aunque sus niveles de dependencia lo ameriten). Ir ampliando las coberturas para incluir a personas de todas las edades primero y a todos los grados de dependencia después es un paso fundamental para garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

- (ii) Todo aumento masivo de la cobertura implicará una mayor inversión. Por ello, y ante las restricciones de presupuesto que existen, esta estrategia debería ser acompañada de un plan de financiamiento que asegure la sostenibilidad del sistema en el corto, mediano y largo plazo. Una posible opción es adoptar esquemas que combinen el financiamiento público y privado. Villalobos (2025), en un análisis complementario a esta consultoría, evalúa, por ejemplo, la viabilidad de incorpo-

rar un seguro social obligatorio (siguiendo el ejemplo de países como Alemania, Japón o Corea), en donde las personas por encima de un determinado nivel de ingresos contribuyen de forma ex ante al sistema para asegurarse el acceso a los servicios cuando lo necesiten. Las personas que no tienen recursos seguirían recibiendo financiación del sector público.

- (iii) El uso de copagos también es una opción para aliviar la carga en el sector público que se utiliza en países como España o Francia. En el caso de Uruguay, este es el esquema actual para el financiamiento de los servicios de Asistentes personales y teleasistencia, pero en la práctica, hasta el momento, la participación de las familias en el costo ha sido sustancialmente menor de lo esperado. Si se decide seguir por este camino, es necesario entender cabalmente las razones detrás del comportamiento de las familias, que las lleven a contratar los servicios por fuera del sistema cuando no reciben el subsidio, e implementar acciones para revertir.

Una alternativa para hacer este mecanismo más atractivo es la posibilidad de que la familia sienta que el Estado en todos los casos está brindando su apoyo con un porcentaje, aunque sea mínimo (por ejemplo, el 10%) del costo total. Por otro lado, para que los copagos funcionen debe tenerse en cuenta el costo alternativo de mantener la carga de cuidados en el hogar o de resolverla en el mercado informal. Otra opción sería aplicar sistemas similares a los que se identifican en los países nórdicos y en Alemania,

donde el copago se aplica luego de ciertos niveles mínimos de cobertura. Por ejemplo, las personas usuarias pueden optar por ampliar el tiempo de asistencia domiciliaria más allá de los servicios básicos que cubre el sistema público a través del copago.

- (iv) En el caso del servicio de cuidado a domicilio, además de ser necesario aumentar la cobertura, hace falta ajustar la extensión horaria del servicio para que se ajuste a las necesidades y realidades de los usuarios, que pueden no ser iguales. Las 80 horas mensuales que se ofrecen en la actualidad a través del programa de Asistentes personales, equivalen aproximadamente a cuatro horas por día de lunes a viernes, lo que —si bien constituye un respiro para el cuidador familiar— no resulta en una solución que les permita compatibilizar las responsabilidades de cuidado con la inserción en el mercado laboral, por ejemplo. Para los casos de dependencias menos graves, una solución para aumentar el tiempo de atención sería combinar este servicio con otros, como los centros de día u otras formas de atención comunitaria.

Por el contrario, habrá personas que —dada su situación de dependencia y los accesos a otras soluciones de cuidados— necesiten solo alguna asistencia puntual (por ejemplo, para bañarse o para comer). En este caso, sería posible reducir las horas del asistente personal, sobre todo si se combina con otros servicios, como el de teleasistencia. Más adelante se discuten en más detalle las ventajas de

tener un paquete de servicios flexible que permita combinar distintos servicios para adaptarse a las necesidades (y deseos) de los usuarios.

- (v) En el caso de los centros de día, es importante garantizar el traslado desde y hacia todos los centros, ya que se ha constatado que esta es una barrera de demanda importante. Desde el año 2022, se incluye en el presupuesto el rubro transporte, permitiendo mejorar la accesibilidad del servicio. Actualmente, gran parte de las personas usuarias de centros de día tienen la posibilidad de ser trasladadas ida y vuelta al centro algunos días a la semana, lo cual ha aumentado la asistencia. Es importante seguir fortaleciendo este servicio complementario.
- (vi) En el caso de la teleasistencia, también es necesario seguir construyendo la demanda del servicio, dado que es ampliamente aceptado y muy positivamente valorado una vez que las personas lo usan. La ampliación en la cobertura no solo implica aumentar el acceso progresivo por edad para que más personas puedan postular al servicio. Por ejemplo, reconsiderar el servicio para otros niveles de dependencia por su factor protector, incluso para personas que no se encuentran en situación de dependencia pero que tienen un mayor riesgo de accidentes en el domicilio, como las personas mayores o personas con discapacidad. También para quienes atraviesan dependencias transitorias o se encuentran en tratamientos o en procesos de recuperación de accidentes o intervenciones quirúrgicas.

En este sentido, se vuelve importante trabajar sobre algunas barreras identificadas para su uso: dado que no se exige el uso de dispositivos accesibles, para algunas personas, las barreras actuales de uso pueden estar determinadas por el modo de activación. Para otras, el problema puede presentarse por el modo de comunicación del centro de atención para relevar la emergencia, mientras que otras enfrentan obstáculos a la hora de comunicar oralmente su emergencia al centro. También se podrían agregar funcionalidades para hacer más atractiva su contratación como cobertura fuera del hogar, realizar recordatorios, promover rutinas y hábitos saludables, realizar acompañamiento y contención, a modo de respiro que brinda seguridad y tranquilidad a los cuidadores principales, y como respuesta a domicilio con guarda de llaves.

- (vii) A su vez, es necesario extender el alcance territorial de la oferta, ya que en algunos casos, como los centros de día, aún hay muy pocos, y en el caso del programa de Asistentes Personales, puede haber localidades o zonas rurales a las cuales el servicio no llega por falta de personas formadas.

- (viii) En el caso del programa de FAAE, se recomienda seguir avanzando en su cobertura, que en la actualidad es muy baja, para lo cual hace falta definir algunos criterios clave, como la herramienta de valoración de los niños y los criterios de aceptación. Una vez que el piloto avance, se hace necesario también avanzar en la incorporación de otros tipos de escuelas

para poder llegar a la demanda y abrir canales para la aplicación de los postulantes al programa (en la actualidad, los niños beneficiarios se eligieron de una lista de aplicantes al programa de Asistentes personales).

- (2) En segundo lugar, es necesario seguir trabajando en el **enfoque de atención centrado en la persona (ACP)**, de manera que se brinden servicios de calidad adaptados a las necesidades y deseos de los usuarios. En este sentido, uno de los principales desafíos del sistema es ofrecer soluciones personalizadas partiendo de un diseño global de servicios, pero con una provisión que pueda adaptarse a las necesidades de cada usuario y sus referentes de cuidados. Ello implica contar con una visión más integrada y coordinada de los servicios que se brindan y que el ingreso al sistema y los servicios a los que la persona pueda postular no se definan en función del grado de dependencia, sino de las necesidades de las personas con dependencia.

Para ello, la experiencia de coordinación interinstitucional que se presenta en torno a los servicios sociales y de salud es relevante y posible de desarrollar en Uruguay. También la posibilidad de contar con dispositivos a nivel territorial que combinen distintas ofertas de servicios.

Para diseñar programas que ofrezcan soluciones personalizadas es importante, por ejemplo, en el caso del programa de Asistentes personales, que pueda diferenciar la atención de las infancias y juventudes, y de las personas mayores, ya que se trata de poblaciones muy distintas en cuanto a sus necesidades de apoyo y la evolución de las mismas.

Otra forma de acercarse mejor a las necesidades de los usuarios y sus referentes de cuidados es mediante la combinación de servicios. Por ejemplo, la asistencia a personal del AP se puede combinar con la participación en actividades comunitarias como los centros de día u otras formas de integración social en la comunidad. En estrecha relación con lo anterior, hace falta diversificar la cartera de servicios (por ejemplo, servicios de comida, apoyo exclusivo con el baño, apoyo para trámites fuera del hogar, etc.). La aplicación del enfoque de atención centrado en la persona podría implicar también servicios de cuidados en otros ámbitos y circunstancias no considerados hasta ahora, como el entorno laboral.

Muchos países con sistemas más desarrollados, como Francia o Japón, cuentan con la figura del gestor de caso, un profesional que evalúa la situación de la persona dependiente y su familia y, con base en esta información, desarrolla un plan personalizado de cuidados para derivar al usuario a los diferentes servicios. El gestor de caso es también el responsable de evaluar periódicamente si hace falta incorporar cambios al plan. En Uruguay, se está incentivando el uso de un plan personalizado de cuidados por parte de las cooperativas, pero se necesita seguir avanzando por este camino.

- (3) En tercer lugar, se realizan recomendaciones para fortalecer la **calidad de los servicios** (más allá de la aplicación del enfoque ACP mencionado en el punto 2). En este sentido, se plantean las siguientes posibles acciones.
 - (i) Seguir avanzando en la formación de los cuidadores. Los diferentes perfiles de los usuarios en cuanto a edades, niveles y

tipos de dependencia hacen necesario contar con una formación continua y especializada. Esto no solo permite mejorar la calidad de la atención, sino que los cuidadores también puedan pensar en el desarrollo de su carrera y en una profesionalización que les permita mejores oportunidades laborales.

- (ii) En el caso del cuidado domiciliario, se requiere avanzar en estrategias de acompañamiento y supervisión del programa. Para esto, es importante diseñar procedimientos para el seguimiento de las diferentes dimensiones asociadas, de cara al monitoreo del cumplimiento de las tareas, así como de las condiciones establecidas en la prestación. El desarrollo de un plan de atención personalizado facilita el seguimiento y la evaluación de la atención, por lo cual, un camino posible sería el requerimiento de su aplicación, no solo por parte de las cooperativas, sino también por parte de los asistentes que brindan el servicio en modalidad individual.

Otro mecanismo que está en vías de implementarse y que permitiría un mejor acompañamiento por parte de la Secretaría a los asistentes personales y las familias de las personas dependientes, es una plataforma digital de apoyo a los cuidados en domicilio.

- (iii) También con relación al cuidado domiciliario, se considera buena idea seguir avanzando en la modalidad de provisión colectiva. Esta modalidad tiene ventajas, no solo en la provisión del servicio —al reducir la interrupción del servicio ante

ausencias del asistente personal contratado— sino que también mejora las condiciones laborales de los asistentes al brindarles acompañamiento continuo, asesoramiento y una mayor garantía del cumplimiento de los contratos.

- (iv) Con respecto a la calidad de los centros de día, se sugiere avanzar en indicadores objetivos de monitoreo de la calidad, además de generar una normativa para que estos servicios se expandan en el mercado privado-social. Para avanzar en esto último es central la definición de competencias de habilitación y supervisión entre las autoridades sociales y sanitarias.
- (v) Por último, y en términos más generales, es fundamental generar herramientas que permitan evaluar la calidad del servicio brindado. De la experiencia internacional se recoge la importancia de contar con evaluaciones periódicas de los servicios y la publicación de resultados.

- (4) Un cuarto tipo de recomendaciones tiene que ver con las **reglas de acceso al sistema**. En particular, con el diseño y la aplicación del baremo de dependencia. En la actualidad, la valoración de la dependencia se realiza una sola vez, cuando la persona aplica al servicio. En el caso de que esta acceda al mismo, no hay instancias de revaloración. Una revaloración periódica de la dependencia permitiría no solo adaptar mejor el servicio a la evolución del usuario, sino también, eventualmente, liberar recursos ante situaciones de aumento de la funcionalidad.

A 10 años de su creación, se vuelve necesaria también una revisión y actualización de este baremo, de forma que sus resultados permitan diseñar planes adaptados no solo a las características funcionales de los beneficiarios, sino también a su contexto familiar y social. Por último, hay programas que hoy brindan cuidados (como el programa de Apoyo parcial o los Elepem) que no aplican el baremo de dependencia y utilizan otros criterios para permitir el acceso de los beneficiarios. Sería deseable armonizar los criterios, de manera que haya una única herramienta para la medición de la dependencia a nivel nacional.

- (5) Una quinta recomendación tiene que ver con el apoyo que se brinda a los **cuidadores familiares**. Hoy en día, no existen programas para esta población. Los efectos del cuidado no remunerado sobre la salud y la autonomía económica de los cuidadores familiares (por lo general, mujeres) pueden ser devastadores y están bien documentados en la literatura. Para paliar estos efectos se recomiendan programas como la formación, el acceso a seguros de pensión y accidentes, servicios de atención psicológica y grupos de apoyo y acompañamiento, y atención telefónica gratuita a personas cuidadoras.
- (6) En sexto lugar, el estudio recomienda considerar el **modelo de viviendas residenciales** para el caso de las personas mayores con dependencia, alejado del modelo tradicional que se rescata de la experiencia internacional. Se identifican distintas formas (colaborativa, comunitaria, tutelada, asistida o de grupo) que pueden ser consideradas y promovidas en Uruguay. De hecho, ya hubo una experiencia de viviendas tuteladas del BPS que se consi-

deró relevante, pero fue descontinuada. Sería recomendable retomar esas experiencias para perfeccionarlas. Debe tenerse en cuenta que estas innovaciones, en general, separan la provisión de la vivienda de los servicios de apoyo, por lo que la atención de cuidados es independiente del acceso a la vivienda y, en general, está regulada por organismos diferentes.

- (7) Por último, es necesario **fortalecer los sistemas de información y generación de conocimientos**, de forma que se pueda tener una visión integral y global del estado de la demanda y la oferta de servicios que permita tomar decisiones de forma eficiente y efectiva. A partir del análisis de los diferentes programas y servicios, se identificaron los siguientes desafíos generales de gestión de la información y el conocimiento:
 - (i) Falta de datos disponibles actualizados (posteriores a la creación del SNIC) para caracterizar a la población con discapacidad en situación de dependencia.
 - (ii) Solapamientos conceptuales entre discapacidad y dependencia.
 - (iii) Ausencia de un sistema integrado de gestión de la información que centralice el registro de las necesidades del usuario y las prestaciones a las que accede.
 - (iv) Articulación entre diferentes sectores y entes para el intercambio de datos relevantes para la implementación del servicio. Por ejemplo, sobre la distribución de estudiantes con discapacidad en centros educativos de gestión pública.



(v) Ausencia de una herramienta de relevamiento a nivel nacional que permita caracterizar la demanda. La Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) llevada adelante por el Instituto Nacional de Estadística de España es una buena referencia en este sentido.³¹

(vi) Ausencia de una herramienta que permita mapear la oferta de cuidados y servicios de apoyo a la dependencia de forma completa e integral. Esta herramienta, además de permitir redirigir a los usuarios a los programas correspondientes, permitiría también identificar espacios de mejora en la eficiencia de los servicios brindados, evitando duplicaciones de objetivos y funciones. Dos ejemplos claros son el programa de Asistentes personales y el de Apoyo parcial, que tienen el mismo objetivo (apoyo en el hogar), pero se encuentran bajo distintas rectorías, se rigen por reglas de entrada diferentes y ofrecen modalidades distintas.

31. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD) 2023*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EDAD2023.ht>

Referencias bibliográficas

Trabajos de consultorías en los que se basa este informe

Balsa, A., y Zak, D. (2025). *Servicios de cuidados para la primera infancia en Uruguay: diagnóstico, desafíos y recomendaciones para su fortalecimiento*. Consultoría técnica, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/b3.%20Servicios%20de%20cuidados%20para%20la%20primera%20infancia%20-%20Balsa%2C%20Zak.pdf>

Irazoqui, C., y Papadopolus, M. (2025). *Servicios de cuidados para las personas con discapacidad en situación de dependencia en Uruguay: diagnóstico, desafíos, y recomendaciones para su fortalecimiento*. Consultoría técnica, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/b1.%20Servicios%20de%20cuidados%20para%20la%20poblaci%C3%B3n%20con%20discapacidad%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia%20-%20Irazoqui%2C%20Papadopolus.pdf>

Salvador, S. (2025). *Servicios de cuidados para las personas mayores en situación de dependencia en Uruguay: diagnóstico, desafíos y recomendaciones para su fortalecimiento*. Consultoría técnica, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/b2.%20Servicios%20de%20cuidados%20para%20personas%20mayores%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia%20-%20Salvador.pdf>

Villalobos, P. (2025). *Análisis de la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay*. Consultoría técnica, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/a.%20An%C3%A1lisis%20de%20la%20sostenibilidad%20financiera%20del%20SNIC%20-%20Villalobos.pdf>

Bibliografía consultada

Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V., y Valarino, I. (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo (ILO), Ginebra, Suiza. ISBN: 978-92-2-131643-5.

Alesina, L., Ríos, V., y Salvador, S. (2025). *Informe final "Programa de asistentes personales en Uruguay: ¿Una apuesta a la igualdad de género?"*. CIEDUR. Disponible en: <https://ciedur.org.uy/site/publicacion/informe-final-programa-de-asistentes-personales-en-uruguay-una-apuesta-a-la-igualdad-de-genero/>

Alonso, C., Brussevich, M., Dabla-Norris, E., Kinoshita, Y., y Kochhar, K. (2019). "Reducing and Redistributing Unpaid Work: Stronger Policies to Support Gender Equality". *IMF Working Papers*, 2019 (225). <https://doi.org/10.5089/9781513514536.001>

ANEP y MIDES (2022). *Construyendo un sistema de apoyos para la educación inclusiva*.

Aranco, N., y Sório, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Banco Interamericano de Desarrollo IDB-TN-1615. <http://dx.doi.org/10.18235/0001821>

Banco de Previsión Social (2020). *Acciones con perspectiva de género en la Seguridad Social*. Actualización 2019. Asesoría General en Seguridad Social, Comentarios de Seguridad Social N° 67 1er. Trimestre 2020. BPS. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/17290/2/67.-acciones-con-perspectiva-de-genero-en-la-segurida-social.-actualizacion.pdf>

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x>

Berlinski, S., Galiani, S., y Manacorda, M. (2008). Giving children a better start: Preschool attendance and school-age profiles. *Journal of Public Economics*, 92(5-6). 1416-1440. <https://doi.org/10.1596/1813-9450-4240>

- Borraz, F., y Cid, A. (2013). "Preschool attendance and school-age profiles: A revision". *Children and Youth Services Review*, Elsevier, 35(5). 816-825. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.023>

Bloomfield, J. (2024). *The Effect of Maternal Education on Infant Health: Evidence from an Expansion of Preschool Facilities* [Working Paper. Universidad de Montevideo. Disponible en: <https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2023/02/mencion.pdf>

Cabella, W., Fernández-Soto, M., Pardo, I., y Pedetti, G. (2024). The big decline: Lowest-low fertility in Uruguay (2016-2021). *Demographic Research*, 50(16), 443-456. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2024.50.16>

Chopra, D., y Sweetman, C. (2014). Introduction to gender, development and care. *Gender & Development*, 22(3), 409-421. <https://doi.org/10.1080/13552074.2014.975486>

DINTAD (2021). Informe de Evaluación de los Servicios de Asistentes Personales. DINTAD, MIDES. DINTAD (2023). *Documento de diseño del programa Apoyo Parcial*. Ministerio de Desarrollo Social.

De la Rosa, C. (2020). *Informe de la evaluación cualitativa del programa Asistentes Personales*. Documento de trabajo N.º 65. División de Evaluación (DINEM), MIDES. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Documento%20N%C2%BA%2065.%20Informe%20final%20evaluaci%C3%B3n%20cualitativa%20AP.pdf>

ENDIS (2018). Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud, cohorte 2018. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Primeros%20resultados%20de%20la%20Encuesta%20de%20Nutrici%C3%B3n%20C%20Desarrollo%20Infantil%20y%20Salud_%20cohorte%202018.pdf



Equipos Consultores (2022). Motivos de no asistencia a CAIF. Reporte Final.

Espino, A., y Salvador, S. (2015). "Las claves para el empoderamiento económico de las mujeres en Uruguay". IDRC - CIEDUR. Disponible en: https://www.ciedur.org.uy/wp-content/uploads/2019/07/0004-orig-LIBRILLO_empoderamiento_uruguay-ROJO-q-copia-MAYO-2018.pdf

Fabiani, B., Stampini, M., Aranco, N., Benedetti, F., e Ibararán, P. (2024). *Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas: evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013053>

Ferre, Z., Triunfo, P., y Antón, J. I. (2023). Subdermal contraceptive implants and repeat teenage motherhood: Evidence from a major maternity hospital-based program in Uruguay. *Health Economics*, 32(12), 2679-2693. <https://doi.org/10.1002/hec.4745>

Lado, A., Lasarga, E., y Gesto, E. (2021). Evaluación: Efectos de la asistencia a CAIF en la promoción escolar. División de Análisis y Evaluación Económica y Social. OPP. D.T N° 21-07. Disponible en: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2023-12/Resumen%20Ejecutivo_Evaluaci%C3%B3n_CAIF_211223_0.pdf

Oficina de Planeamiento y Presupuesto Uruguay (2022). "Servicios del Ministerio de Desarrollo Social para la atención a personas en situación de dependencia".

ONU (2023). *Abatir la pobreza en Uruguay al 2030. Compromiso ético y condición para el desarrollo*. Naciones Unidas Uruguay. Disponible en: https://uruguay.un.org/sites/default/files/2023-11/Documento_Abatir%20la%20pobreza%20en%20Uruguay_Naciones%20Unidas%20Uruguay_12%2007%202023.pdf

Pereira, J., y Paseyro, J. (2023). Planning Better: Unplanned Pregnancies. Parental Investment and Newborn Outcomes. Manuscrito no publicado. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1mb1szCWzZv54zoGNVTEhDbWOakuKStjk/view>

Pianta, R. C., Barnett, W. S., Burchinal, M., y Thornburg, K. R. (2009). The effects of preschool education: What we know, how public policy is or is not aligned with the evidence base, and what we need to know. *Psychological science in the public interest*, 10(2), 49-88. <https://doi.org/10.1177/1529100610381908>



- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Gender and Development Programme Paper Number 3. United Nations Research Institute for Social Development. Disponible en: <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>
- SNIC (2015). Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Junta Nacional de Cuidados. ISBN 978-9974-715-48-6. Disponible en: https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf
- SNIC (2017). Construcción de baremos para la medición de la dependencia. Sistema de Cuidados. Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/construccion-baremos-para-valoracion-dependencia>
- SNIC (2015-2024). Memorias anuales
- SNIC, ANEP y MIDES (2023). Presentación del Proyecto Piloto: “Construyendo un sistema de apoyos para la educación inclusiva”. Misión de Administración, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Taraban, L., y Shaw, D. S. (2018). Parenting in context: Revisiting Belsky's classic process of parenting model in early childhood. *Developmental Review*, 48, 55-81. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.006>
- Urbey, N. (2025). *Sistematización y análisis de la información disponible sobre educación en primera infancia en Uruguay*. Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Disponible en: <https://www.ineed.edu.uy/images/publicaciones/informes/Sistematizacion-analisis-informacion-disponible-educacion-primera-infancia-Uruguay.pdf>



BID

Mejorando vidas