

**PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Actualización con datos al 2016**

**Soc. Silvia Santos
Lic. T. S. Inés Núñez**

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actualización con datos al 2016

Soc. Silvia Santos
Lic. T. S. Inés Nuñez
Asesoría en Políticas de Seguridad Social
Abril 2017

Resumen

Descripción exhaustiva de los programas, proyectos y prestaciones servidas por el Banco de Previsión Social a personas con discapacidad en su condición de activas, pasivas o integrando un programa asistencial. Detalle de las prestaciones económicas, de salud y sociales así como otras competencias inherentes al BPS en temas de discapacidad. Para cada beneficio se define la normativa, el alcance, los requisitos de acceso y se presentan estadísticas de su evolución. Se incluye una caracterización demográfica de la población con discapacidad en Uruguay en base a datos del INE – Censo 2011 y de la Encuesta Longitudinal de Protección Social – ELPS. El informe se actualiza cada dos años y permite valorar los avances y cambios introducidos en las acciones y beneficios otorgados por el BPS.

Palabras claves: personas con discapacidad – prestaciones por discapacidad – beneficios del BPS

1. Consideraciones generales

El objetivo de este trabajo es proporcionar una visión general de los distintos programas y prestaciones del Banco de Previsión Social (BPS) que están orientados a cubrir la contingencia o el riesgo de discapacidad; conocer la cantidad de población destinataria y las erogaciones correspondientes, así como su evolución a través de algunos años seleccionados. Además de las prestaciones consistentes en beneficios monetarios, se consideran aquellos subsidios en especie o servicios sociales dirigidos al colectivo de personas con algún tipo de discapacidad o a instituciones que los atienden.

Asimismo se incluyen las actividades que lleva adelante la Institución, en ámbitos relacionados a esta temática. La ley 18.651 de 19/02/2010¹ establece un sistema de protección integral a personas con discapacidad. Dicha ley considera con discapacidad a “toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

¹ Mediante esta ley se deroga entre otras, la ley 16.095 del 26 de octubre de 1989, cuyo objeto también era un sistema de protección integral de personas con discapacidad.

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad² cuyo propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”, establece que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”³

1.1 Información del INE - último Censo 2011

Para conocer la cantidad de personas con discapacidad en el territorio nacional así como algunas características generales de las mismas, se utilizaron los resultados del Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Cuadro 1.

Población con alguna discapacidad permanente para ver, oír, caminar, aprender o entender. Año 2011
(En porcentajes)

	Total	Hombre	Mujer
Sin discapacidad	81,6	83,9	79,4
Con discapacidad	15,9	13,4	18,3
Leve	11,2	9,7	12,7
Moderada	4,0	3,1	4,8
Severa	0,7	0,6	0,8
Sin dato (no relevado [1], ignorado[2])	2,5	2,7	2,3
Total	100,0	100,0	100,0

Personas con dificultades permanentes para:

Ver	9,6
Oír	3,7
Caminar (población de 2 años y más)	6,5
Entender o aprender (población de 6 años y más)	2,8

Fuente: Elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) disponibles en

<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> – Censo 2011.

Nota: El cuadro no incluye las 437 personas en situación de calle ni la estimación de 34.223 personas que residen en viviendas particulares como moradores ausentes.

[1] Refiere a personas residentes en viviendas colectivas relevadas en planillas especiales o personas residentes en viviendas particulares relevadas con planilla especial en la última semana del operativo censal.

[2] El dato es desconocido o no declarado por el informante del Censo.

De esta fuente de datos surge que el 15,9% de la población del país presenta alguna discapacidad permanente para ver, oír, caminar o aprender. La discapacidad leve presenta

² El texto fue aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Entró en vigor el 3 de mayo de 2008, luego de ser ratificada por 20 países. Uruguay eleva el primer informe país en el año 2014. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprueba las observaciones finales en agosto de 2016.

³ Artículo 1: Propósito

el mayor valor (11,2%). De la lectura al interior de cada sexo, resulta que las mujeres presentan mayor porcentaje de discapacidad.

En el siguiente cuadro se informa sobre la situación de discapacidad en la población del país por tramo de edad y sexo.

Cuadro 1 a

**Población con alguna discapacidad permanente para ver, oír, caminar o aprender o entender por tramo edad y sexo. Año 2011
(En porcentajes)**

	0 a 14			15 a 29			30 a 49		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Sin discapacidad	92,4	92,0	92,8	90,9	90,5	91,4	87,2	88,3	86,2
Discapacidad leve	3,7	3,8	3,5	4,5	4,1	4,9	8,1	6,8	9,3
Discapacidad moderada	1,3	1,5	1,1	1,4	1,5	1,3	2,1	1,8	2,4
Discapacidad severa	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
Sin dato (no relevado, ignorado)	2,4	2,4	2,4	2,8	3,5	2,1	2,2	2,7	1,8
	50 a 64			65 a 74			75 y más		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Sin discapacidad	72,8	75,9	70,1	60,1	63,8	57,2	37,2	43,2	33,9
Discapacidad leve	19,2	17,2	20,9	27,2	25,2	28,7	34,6	34,0	34,9
Discapacidad moderada	5,5	4,2	6,7	9,5	7,5	11,0	18,8	15,6	20,5
Discapacidad severa	0,7	0,6	0,7	1,4	1,3	1,4	4,2	3,4	4,6
Sin dato (no relevado, ignorado)	1,8	2,0	1,6	2,0	2,1	1,8	5,3	3,9	6,1

Fuente: Elaborado a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) disponibles en <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> – Censo 2011.

Se observa que a mayor edad hay un mayor porcentaje de personas “con discapacidad”. En el tramo de 0 a 14 años las personas sin discapacidad representan el 92,4% de la población y en el tramo de 75 años y más ese porcentaje es de 37,2%. Esta situación es más notoria en el caso de la mujer.

Con discapacidad leve, el tramo etario de 0 a 14 años representa el 3,7%, y el tramo de 75 años y más registra el 34,6%, demostrando que a menor edad la discapacidad es de menor significación porcentual.

En discapacidad moderada la población de 0 a 14 es de 1,3% y en el tramo de 75 y más es de 18,8%. En este grado de discapacidad los registros son moderados hasta llegar a la edad de 65 a 74 años con 9,5%, dato que se duplica en el siguiente tramo de 75 y más.

La discapacidad severa es de 0,3 en el tramo de 0 a 14 y 4,2% en el grupo de edad mayor a 75 años. Es en este grupo de edad que la discapacidad severa refleja el mayor dato.

En la lectura por sexo y para todos los grados de discapacidades se observa que en edades tempranas los hombres registran mayor porcentaje de discapacidad; por el contrario las mujeres presentan mayores registros de discapacidad en edades más avanzadas.

1.2. Información según Encuesta Longitudinal de Protección Social – Ronda 1 – Uruguay

Asimismo se ha recabado información proveniente de la Encuesta Longitudinal de Protección Social.

A mediados del año 2006, el BPS junto con otros organismos del área social del Estado, comienzan la coordinación para la implementación de la Encuesta de Protección Social (ELPS)⁴. Debido a las condiciones socio económicas de la época, este emprendimiento se retoma a principios del año 2010. Se realiza un llamado a licitación internacional⁵ para la ejecución de las dos primeras rondas, con apoyo técnico nacional en tareas de relevamiento, registro y análisis.

Este tipo de encuesta longitudinal o de panel, permite medir la evolución de las principales variables del sistema de seguridad social debido a que los individuos incluidos permanecen en la misma. Proporciona un marco apropiado para la evaluación de las políticas, permitiendo valorar el impacto en la población objetivo de las políticas implementadas, posibilitando orientar efectivamente las políticas sociales.

El cuestionario de la Encuesta consta de doce módulos, uno de los cuales corresponde a Salud. El mismo comprende la situación sanitaria del entrevistado y de la incidencia de las políticas de salud implementadas. Explora el tipo de cobertura y como se obtuvo, indaga sobre enfermedades diagnosticadas y su tratamiento, discapacidad y autovalidez, así como la necesidad de ayudas.

La primera ronda tuvo lugar entre los meses de octubre de 2012 y mayo de 2013. A partir de la misma se han realizado análisis y estudios de carácter descriptivos explorando las preguntas aplicadas, los cuales se encuentran disponibles en páginas web del BPS⁶.

De dichas publicaciones se seleccionaron algunos cuadros relativos a personas con discapacidad, que se presentan a continuación.

Cuadro 2.

Presencia de limitaciones por cantidad según sexo (en %)

Cantidad de limitaciones:	Hombre	Mujer	Total
1	3,3	3,8	3,5
2	1,1	1,4	1,3
3 o más	0,8	1,1	1,0
Al menos 1	5,2	6,3	5,8

Fuente: Encuesta Longitudinal de Protección Social⁷

⁴ En esta instancia participaron el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de Estadística y la Universidad de la República. Asimismo se contó con el apoyo de consultorías internacionales.

⁵ Se crea un grupo de trabajo técnico consultivo conformado por el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y el Banco de Previsión Social.

⁶ <http://www.bps.gub.uy/5658/seminarios-y-congresos.html>.

⁷ Sosa, S. "Personas con Discapacidad y Cuidados" en *Encuesta Longitudinal de Protección Social, Ronda 1, Uruguay*

El cuadro 3 muestra que las personas que responden tener al menos una limitación representan el 5,8 % de la población; esta condición es mayor en las mujeres (6,3%).

Cuadro 3.

Personas por presencia de limitaciones según tipo de limitación (en %)

Tipo de limitación:	Si	No	Total
Ceguera	0,2	99,8	100,0
Dificultades para ver aun usando lentes	1,9	98,1	100,0
Sordera expresa	0,1	99,9	100,0
Sordera no expresa	0,3	99,7	100,0
Dificultades auditivas aun usando audífonos	0,4	99,6	100,0
Limitaciones en brazos y manos	0,6	99,4	100,0
Dificultades para hablar	1,0	99,0	100,0
Limitaciones para desplazarse fuera de la casa	1,9	98,1	100,0
Limitaciones para desplazarse dentro de la casa	1,1	98,9	100,0
Limitaciones de aprendizaje	1,4	98,6	100,0
Limitaciones de relacionamiento	0,8	99,2	100,0

Fuente: Encuesta Longitudinal de Protección Social⁸

En el cuadro anterior se observa que las dificultades para ver aun usando lentes y las dificultades para desplazarse fuera de la casa o utilizar medios de transporte, son las que registran mayor proporción (el 1,9% en cada caso).

Cuadro 4.

Tipo de origen de las limitaciones por tramo de edad (en %)

Tipo de origen:	Total
Congénito (generada en la gestación)	22,4
Connatal (hasta los 28 días de nacido)	4,1
Por enfermedad	44,8
Por accidente	8,1
Envejecimiento	16,6
Otro	0,7
No contesta	3,3
Total	100,0

Fuente: Encuesta Longitudinal de Protección Social⁹

En cuanto a los orígenes de estas limitaciones, la mayoría de ellas tienen como disparador la enfermedad (44,8%). Le sigue el tipo de origen referente a limitaciones congénitas (22,4%) y por envejecimiento (16,6%). Resulta significativa la cifra correspondiente al origen por accidente, observándose en el 8,1% de los casos.

⁸ Idem al anterior

⁹ Idem al anterior

“La discapacidad implica situaciones muy diversas desde el punto de vista de la protección social, que demanda esfuerzos diferentes para su atención. Una manera de explorar las posibilidades de enfrentar estas situaciones, es analizar los niveles de afectación y la necesidad de apoyo de las personas presentan en relación al sufrimiento de esta discapacidad”¹⁰.

Cuadro 5.

Nivel de afectación de las limitaciones por tramo de edad (en %)

Afecta:	0-13	14-24	25-44	45-64	65+	Total
Mucho	55,9	53,6	53,3	44,0	47,3	48,9
Medianamente	23,1	22,4	24,6	32,6	31,4	29,1
Poco	14,1	13,1	12,6	13,2	11,9	12,5
Nada	3,0	5,8	5,5	6,0	4,3	4,8
No contesta	4,0	5,1	4,0	4,2	5,1	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Longitudinal de Protección Social¹¹

“Casi la mitad de las limitaciones son reportadas con un alto nivel de afectación de las actividades de la vida cotidiana (48,9%), mientras que casi un tercio de las limitaciones las afectan medianamente (29,1%). Las limitaciones que registran bajas o nulas afectaciones aparecen con porcentajes menores (Poco 12,5% y Nada 4,8%). Los niveles de afectación presentan algunas diferencias cuando se los examina en función del tramo de edad; en los más jóvenes se observa una proporción levemente mayor de respuestas “mucho” que en los tramos de edad más avanzada. En cualquier caso, es dable observar que la existencia de limitaciones afecta de forma considerable el desarrollo de las personas en su vida cotidiana”¹².

2. Prestaciones económicas¹³

2.1 Prestaciones de pasividad (invalidéz, vejez y sobrevivencia)

Los supuestos para configurar causal de Jubilación por Incapacidad Total y Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial, que se rigen por la ley 16.713 de 03/09/1995, han sido modificados en parte por la ley 18.395 de Flexibilización de las Condiciones de Acceso a las Jubilaciones de 15/10/2008, con vigencia para la seguridad social a partir de febrero de 2009.

¹⁰ Sosa, S. “Personas con Discapacidad y Cuidados” en *Encuesta Longitudinal de Protección Social, Ronda 1, Uruguay*

¹¹ Idem al anterior

¹² Idem al anterior

¹³ En el presente documento se mencionan las distintas prestaciones relativas a la discapacidad, de acuerdo a la denominación conferida por la ley. De la misma forma, cuando nos referimos a la población destinataria de prestaciones y servicios, nos ceñimos a la designación que le confiere la normativa, como “beneficiarios” o “beneficios”.

2.1.1 Jubilaciones por Incapacidad Total

Por la ley 18.395, la causal de Jubilación por Incapacidad Total se configura por la ocurrencia de los siguientes presupuestos:

- a) “La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado y siempre que se acredite no menos de dos años de servicios reconocidos” [...] “Para los trabajadores que tengan hasta 25 años de edad, solo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.”
- b) “La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, cualquiera sea el tiempo de servicios.”
- c) “La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida después del cese de la actividad o del vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que hubiera originado la incapacidad, cuando se computen diez años de servicios reconocidos”...” como mínimo, siempre que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha de su cese y no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro, salvo la prestación que provenga del régimen de jubilación por ahorro individual...”

De acuerdo a esta ley para el caso de la incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo sobrevenida en actividad o inactividad compensada fue eliminada la exigencia de seis meses de aportación previos a la incapacidad. Con respecto a la incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo sobrevenida luego del cese no se requiere que la incapacidad ocurra dentro de los dos años posteriores a dicho cese (como se requería anteriormente), pero se exige que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha del mismo.

En el cuadro 6 se presenta la evolución de la cantidad de jubilaciones por invalidez, su estructura por sexo, las variaciones anuales, así como la variación acumulada con respecto al año 2000.

Cuadro 6
Jubilaciones por invalidez en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	43.177	21.853	21.324	50,61	49,39
2004	43.553	21.655	21.898	49,72	50,28
2008	41.780	19.597	22.183	46,91	53,09
2009	42.606	19.694	22.912	46,22	53,78
2010	44.874	20.424	24.450	45,51	54,49
2011	47.319	21.176	26.143	44,75	55,25
2012	50.026	22.117	27.909	44,21	55,79
2013	52.487	22.959	29.528	43,74	56,26
2014	55.640	24.025	31.615	43,18	56,82
2015	59.321	25.306	34.015	42,66	57,34
2016	62.138	26.330	35.808	42,37	57,63
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	1,98	0,49	3,29		
2010	5,32	3,71	6,71		
2011	5,45	3,68	6,92		
2012	5,72	4,44	6,76		
2013	4,92	3,81	5,80		
2014	6,01	4,64	7,07		
2015	6,62	5,33	7,59		
2016	4,75	4,05	5,27		
Variaciones acumuladas (en %)					
2016/2000	43,91	20,49	67,92		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

En el mes de diciembre de 2016 se registraron 62.138 jubilaciones por invalidez. Las cantidades totales de jubilaciones por invalidez se incrementan tanto en años consecutivos como en el acumulado de todo el período (44%). Estas variaciones se deben principalmente a los incrementos en las jubilaciones de mujeres. La variación correspondiente a jubilaciones femeninas del año 2016 con respecto al año 2000 fue del 68%.

En la estructura por sexo se observa que las mujeres aumentan su participación en el total de jubilaciones por invalidez. El período se inicia con porcentajes similares y a partir del año 2008, las jubilaciones correspondientes a mujeres comienzan a ser superiores a las de los hombres; en el año 2016 representan el 57,6% del total.

El cuadro 7 presenta la estadística de importes de jubilaciones por invalidez en forma análoga al cuadro 6. El cuadro refiere a las erogaciones mensuales de diciembre expresadas en términos constantes a valores de diciembre de 2016.

Cuadro 7
Importes de jubilaciones por invalidez a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año
(en pesos uruguayos de 2016) Estructura por sexo (en %)

	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	563.788.185	313.040.066	250.748.119	55,52	44,48
2004	433.807.193	239.201.492	194.605.700	55,14	44,86
2008	458.119.128	241.865.175	216.253.954	52,80	47,20
2009	500.985.691	261.340.749	239.644.942	52,17	47,83
2010	546.595.841	280.519.422	266.076.419	51,32	48,68
2011	593.670.054	299.137.210	294.532.843	50,39	49,61
2012	659.883.279	328.400.595	331.482.684	49,77	50,23
2013	713.697.385	351.525.919	362.171.466	49,25	50,75
2014	781.031.159	379.159.611	401.871.549	48,55	51,45
2015	847.945.616	406.625.747	441.319.868	47,95	52,05
2016	906.910.482	430.881.451	476.029.031	47,51	52,49
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	9,36	8,05	10,82		
2010	9,10	7,34	11,03		
2011	8,61	6,64	10,69		
2012	11,15	9,78	12,55		
2013	8,16	7,04	9,26		
2014	9,43	7,86	10,96		
2015	8,57	7,24	9,82		
2016	6,95	5,97	7,86		
Variaciones acumuladas (en %)					
2016/2000	60,86	37,64	89,84		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2016.

En el año 2016 el monto total de las jubilaciones por invalidez fue de \$ 906.910.482. Se puede observar que la proporción de los importes ha sido mayor en el caso de los hombres al comienzo del período, para luego invertirse la misma, siendo el porcentaje de mujeres del 52% en los años 2015 y 2016. En las variaciones anuales se constatan incrementos en todos los años. En la apertura por sexo los incrementos mayores corresponden a mujeres. La variación acumulada del año 2016 con respecto al año 2000 es del 61%; a lo cual contribuye el incremento corresponde a los importes de jubilaciones de mujeres, que redondea el 90 %.

Estos resultados en parte podrían responder a las modificaciones introducidas por la ley 18.395 que, tanto para hombres como para mujeres, elimina el requisito de aportación en los 6 meses previos a la incapacidad en el caso de invalidez sobrevenida en actividad; y elimina el requisito de que la incapacidad ocurra dentro de los 2 años posteriores al cese para el caso de invalidez sobrevenida luego del cese de actividad. En el caso de las mujeres incide el artículo 14 de la ley 18.395 que otorga un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que hayan adoptado siendo este menor o discapacitado, con un máximo total de cinco años.

2.1.2 Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial

El subsidio transitorio por incapacidad parcial está regulado por la ley 16.713 que determina que se configura causal en el caso de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado.

Para acceder al subsidio se debe acreditar:

- a) “No menos de dos años de servicios reconocidos...”. “Para los trabajadores que tengan hasta 25 años de edad sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.”
- b) “Que se trate de la actividad principal, entendiéndose por tal la que proporciona el ingreso necesario para el sustento.”
- c) “Que se haya verificado el cese del cobro de las retribuciones de actividad en la que se produjo la causal del Subsidio Transitorio y durante el período de percepción del mismo. Si la incapacidad se hubiese originado a causa o en ocasión del trabajo, no regirá el período mínimo de servicios referido. Esta prestación se sirve de acuerdo al grado de capacidad remanente y a la edad del afiliado, por un plazo máximo de tres años contados desde la fecha de la incapacidad o desde el vencimiento de la cobertura de las prestaciones por enfermedad y estará gravada de igual forma que los demás períodos de inactividad compensada. Si dentro del plazo antes indicado la incapacidad deviene absoluta y permanente para todo trabajo, se configurará jubilación por incapacidad total.”

De acuerdo a la ley 18.395 fueron modificados en forma parcial los requisitos para configurar causal y además se elimina el requisito de seis meses de aportación previos a la incapacidad o al cese.

Se presenta en el cuadro siguiente, la evolución de los subsidios transitorios, su estructura por sexo, variaciones anuales y acumula.

Cuadro 8
Subsidios transitorios en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	1.541	---	---	---	---
2004	1.296	---	---	---	---
2008	1.343	---	---	---	---
2009	1.709	---	---	---	---
2010	2.469	902	1.567	36,53	63,47
2011	3.224	1.204	2.020	37,34	62,66
2012	4.118	1.526	2.592	37,06	62,94
2013	4.530	1.648	2.882	36,38	63,62
2014	4.621	1.683	2.938	36,42	63,58
2015	4.957	1.844	3.113	37,20	62,80
2016	5.336	2.100	3.236	39,36	60,64
		Variaciones anuales (en %)			
2008	---	---	---		
2009	27,25	---	---		
2010	44,47	---	---		
2011	30,58	33,48	28,91		
2012	27,73	26,74	28,32		
2013	10,00	7,99	11,19		
2014	2,01	2,12	1,94		
2015	7,27	9,57	5,96		
2016	7,65	13,88	3,95		
		Variación acumulada (en %)			
2016/2000	246,27				

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

La cantidad de subsidios transitorios es de 5.336 en diciembre de 2016. La variación anual ha presentado importantes aumentos a partir del año 2008; el mayor incremento se dio en el año 2010 (44%). La variación acumulada del año 2016 con respecto al 2000 fue de 246%. La estructura por sexo revela que los subsidios correspondientes a mujeres rondan el 63%.

El cuadro 9 presenta la estadística de los importes de las prestaciones por subsidios transitorios en diciembre de cada año.

Cuadro 9

Importes de subsidios transitorios a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año

	(en pesos uruguayos de 2016)			Estructura por sexo (en %)	
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	16.794.938	---	---	---	---
2004	10.551.333	---	---	---	---
2008	12.050.599	---	---	---	---
2009	17.058.607	---	---	---	---
2010	24.372.910	9.491.870	14.881.040	38,94	61,06
2011	31.422.850	12.462.307	18.960.543	39,66	60,34
2012	42.675.206	17.226.676	25.448.530	40,37	59,63
2013	48.408.056	19.347.867	29.060.190	39,97	60,03
2014	51.976.287	20.975.161	31.001.126	40,36	59,64
2015	56.255.247	23.016.459	33.238.787	40,91	59,09
2016	62.283.976	26.703.887	35.580.089	42,87	57,13
		Variaciones anuales (en %)			
2008	---	---	---		
2009	41,56	---	---		
2010	42,88	---	---		
2011	28,93	31,29	27,41		
2012	35,81	38,23	34,22		
2013	13,43	12,31	14,19		
2014	7,37	8,41	6,68		
2015	8,23	9,73	7,22		
2016	10,72	16,02	7,04		
		Variación acumulada (en %)			
2016/2000	270,85				

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2016.

El monto del total de subsidios transitorios en diciembre de 2016 fue de algo más de 62 millones de pesos uruguayos. Los importes se han incrementado en forma marcada en forma similar a la cantidad de subsidios que vimos en el cuadro anterior. La variación en 2016 con respecto al año 2000 fue de un incremento del 271%. En la estructura por sexo los importes correspondientes a subsidios de mujeres representan alrededor del 60 %.

La ley de Flexibilización de las Jubilaciones podría haber tenido su incidencia en cuanto a los incrementos de las cantidades. Con respecto a los incrementos de los importes también se debe considerar el crecimiento del salario real. La remuneración promedio en términos reales de los puestos cotizantes dependientes ha tenido incrementos anuales en todo el período de estudio; en los últimos cinco años ha sido de 4,9% en 2012, 3,1% en 2013, 3,9% en 2014, 2,2% en 2015 y 1,2% en 2016¹⁴.

Otra tipo de prestación son las Rentas por Incapacidad Permanente para trabajadores dependientes rurales, que consisten en una prestación mensual en dinero de carácter permanente o vitalicia. De acuerdo a la ley 13.705, de noviembre de 1968, los beneficiarios son los trabajadores rurales y los familiares de los trabajadores fallecidos a causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. El BPS actualmente sirve una reducida cantidad de Rentas (630 en diciembre de 2016). El número de beneficiarios ha

¹⁴ Porcentajes calculados a partir de la publicación *Evolución de los Cotizantes 2016* BPS-AGSS pág. 122, hasta 2015. Para 2016 se toma remuneración promedio de dependientes de Industria y Comercio.

disminuido progresivamente debido a la derogación de dicha norma por la Ley 15.852 de diciembre de 1986.

2.1.3 Pensiones por Invalidez

Al igual que las pensiones por vejez, estas prestaciones son de carácter no contributivo y se rigen por el artículo 43 de la ley 16.713. Al beneficio de pensiones por vejez e invalidez pueden acceder los habitantes que carezcan de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y acrediten alguna de las causales:

En el caso de pensiones de invalidez:

- Estar incapacitado en forma absoluta para todo trabajo remunerado.
- Tener una discapacidad de acuerdo a los baremos establecidos.

Para el análisis de la carencia de recursos se tiene en cuenta tanto los ingresos del beneficiario como los ingresos de sus familiares civilmente obligados a prestarle alimentación (Código Civil artículos 116 -122), convivan o no con él¹⁵.

A partir de la ley 17.266 de 22/09/2000 y ley 17.847 de 24/11/2004, se autoriza la compatibilidad entre la actividad laboral de la persona con discapacidad y la pensión por invalidez. La persona podrá tener ingresos de actividad, o jubilación común generada por dicha actividad, siempre que dicho ingreso no supere en tres veces el monto de la prestación no contributiva.

La situación de las personas con discapacidad severa fue contemplada por la ley 16.592 de 13/10/1994 la cual interpreta los artículos 1°, 5° literal e) y 19 de la ley 16.095 de 26/10/1989¹⁶. Posteriormente por Resolución de Directorio 32-30/2006 del BPS, no se efectúa relevamiento de los ingresos percibidos por las personas con discapacidad severa ni por su núcleo familiar. Tampoco se toma en cuenta las propiedades que la familia posea sobre uno o más inmuebles, flexibilizando el criterio para el acceso al beneficio.

En los cuadros siguientes se presenta la cantidad de pensiones por invalidez, su estructura por sexo, las variaciones anuales y acumuladas, así como los importes correspondientes.

¹⁵ Para el caso de los familiares que conviven con el solicitante el tope es de 3 BPC, excepto si se trata de hijo o hermano soltero que es de 2 BPC. Para los familiares que no conviven con el solicitante el tope es de 8 BPC si son solteros y 10 BPC si están casados. En caso de tener menores o discapacitados de cualquier edad, se suma el 40% de la BPC por cada uno. El valor de la BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones) es de \$ 3.340 al 1/01/2016.

¹⁶ Esta ley establece un sistema de protección integral a las personas discapacitadas, la misma está actualmente derogada por ley 18.651 del 19/02/2010.

Cuadro 10
Pensiones por Invalidez en el mes de diciembre de cada año

	Cantidad de prestaciones			Estructura por sexo (en %)	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	45.785	23.383	22.402	51,07	48,93
2004	48.459	24.644	23.815	50,86	49,14
2008	55.343	28.078	27.265	50,73	49,27
2009	57.145	28.930	28.215	50,63	49,37
2010	60.417	30.451	29.966	50,40	49,60
2011	61.984	31.182	30.802	50,31	49,69
2012	63.156	31.783	31.373	50,32	49,68
2013	64.749	32.555	32.194	50,28	49,72
2014	65.009	32.702	32.307	50,30	49,70
2015	65.602	33.049	32.553	50,38	49,62
2016	64.483	32.504	31.979	49,59	50,41
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	3,26	3,03	3,48		
2010	5,73	5,26	6,21		
2011	2,59	2,40	2,79		
2012	1,89	1,93	1,85		
2013	2,52	2,43	2,62		
2014	0,40	0,45	0,35		
2015	0,91	1,06	0,76		
2016	-1,71	-1,76	-1,65		
Variaciones acumuladas (en %)					
2016/2000	40,84	42,75	39,01		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

El número total de pensiones por invalidez se ha incrementado en 41 % con respecto al año 2000, alcanzando 64.483 pensiones en diciembre de 2016. Con respecto a las variaciones anuales, el año 2010 registra el mayor aumento (5,7%), a partir de este año los incrementos tienden ser cada vez menores, llegando a valores negativos en el año 2016. La estructura por sexo muestra una leve mayoría masculina que tiende a equilibrarse con el porcentaje de mujeres al final del período.

Cuadro 11

Importes de pensiones por invalidez a valores constantes (1) en el mes de diciembre de cada año

	(en pesos uruguayos de 2016)			Estructura por sexo (en %)	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	318.247.689	165.458.482	152.789.207	51,99	48,01
2004	262.840.079	136.238.020	126.602.059	51,83	48,17
2008	349.306.149	180.030.575	169.275.573	51,54	48,46
2009	377.418.858	194.012.716	183.406.142	51,41	48,59
2010	418.213.952	213.980.449	204.233.503	51,17	48,83
2011	438.528.016	223.956.206	214.571.811	51,07	48,93
2012	472.465.908	241.184.630	231.281.278	51,05	48,95
2013	503.644.309	256.677.340	246.966.968	50,96	49,04
2014	524.844.278	267.384.397	257.459.881	50,95	49,05
2015	542.930.342	276.977.077	265.953.265	51,02	48,98
2016	543.357.694	277.180.762	266.176.932	51,01	48,99
	Variaciones anuales (en %)				
2008	---	---	---		
2009	8,05	7,77	8,35		
2010	10,81	10,29	11,36		
2011	4,86	4,66	5,06		
2012	7,74	7,69	7,79		
2013	6,60	6,42	6,78		
2014	4,21	4,17	4,25		
2015	3,45	3,59	3,30		
2016	0,08	0,07	0,08		
	Variación acumulada (en %)				
2016/2000	70,73	67,52	74,21		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2015.

En el año 2016 el importe total de pensiones por invalidez fue de \$ 543.357.694. Los importes a valores constantes también se incrementan tanto en las variaciones anuales como en la acumulada y lo hacen en mayor medida que el número de pensionistas, denotando la ganancia en poder adquisitivo de las prestaciones. Estos incrementos han sido algo mayores en cuanto las a pensiones de mujeres. No obstante, la participación femenina en los montos es algo menor que la de los hombres para todos los años de estudio; con un porcentaje de 51 % correspondiente a pensiones de varones.

Dentro de las pensiones por invalidez del cuadro anterior se incluyen las pensiones por discapacidad severa. En el cuadro siguiente se muestra la estadística por esta causal, con su variación y estructura por sexo.

Cuadro 12

Cantidad de pensiones de invalidez por discapacidad severa en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. anual (en%)	Var. acumulada 2015/2004 (en%)	Estructura (en %)	
				Hombres	Mujeres
2004	12.439	---	---	55,88	44,12
2008	14.716	18,31	---	55,76	44,24
2009	15.231	3,50	---	56,03	43,97
2010	16.100	5,71	---	55,98	44,02
2011	16.554	2,82	---	56,32	43,68
2012	17.118	3,41	---	56,33	43,67
2013	18.158	6,08	---	56,44	43,56
2014	18.521	2,00	---	56,55	43,45
2015	18.972	2,44	---	56,66	43,34
2016	19.490	2,73	56,68	56,72	43,28

Fuente: Elaborado a partir de Servicios de Desarrollo de Prestaciones.

Las pensiones por discapacidad severa se han incrementado en 57% en relación a 2004, llegando a la cifra de 19.490 pensiones en diciembre de 2016. La estructura por sexo muestra que el 57% corresponde a pensiones de varones y el 43% a mujeres; esta estructura no se ha modificado en todo el período de estudio.

Cuadro 12 a

Importes de pensiones de invalidez por discapacidad severa a valores constantes (1) en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. anual (en %)	Estructura (en %)	
			Hombres	Mujeres
2011	118.929.164	---	56,44	43,56
2012	130.014.366	9,32	56,43	43,57
2013	144.180.904	10,9	56,41	43,59
2014	152.456.126	5,74	56,52	43,48
2015	160.088.185	5,01	56,64	43,36
2016	167.225.437	4,46	56,68	43,32

Fuente: Elaborado a partir de Servicios de Desarrollo de Prestaciones

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2016.

En el año 2016 el monto correspondiente a las pensiones por discapacidad severa es de \$ 167.225.437. Esta suma muestra un incremento de 4,5% en el último año. Los importes correspondientes a las jubilaciones por discapacidad severa alcanzan el 57% en el caso de los hombres y el 43% en el caso de las pensiones femeninas.

2.1.3.1 Ayuda alimentaria en dinero para pensionistas no contributivos

El Decreto del Poder Ejecutivo N° 191/012 de 08/06/2012 dispone que para facilitar su acceso a la asistencia alimentaria que da el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) a los pensionistas por vejez o invalidez se sirva en dinero y no en especie.

En el marco de cooperación existente entre los organismos del Estado con el objetivo de coordinar y desarrollar en forma conjunta servicios para mejorar las prestaciones a la población en general, por RD N° 20-4/2012 de 04/07/2012 se aprueba el proyecto de convenio INDA – BPS. El mismo consiste en el pago de una prestación en dinero a

beneficiarios del Programa Alimentario por Vejez o Invalidez a cargo del INDA. A los efectos de mejorar la cobertura del programa ya que sus beneficiarios deben trasladarse a los puntos de entrega de alimentos, la prestación en dinero permite atender en forma más eficaz a los mismos. De esta forma se unifican los canales de pago comprometiéndose el INDA a transferir al BPS los montos correspondientes para hacer efectivo dicho pago.

2.1.4 Pensiones de Sobrevivencia

Esta prestación es generada por jubilados y trabajadores afiliados al BPS. Por el artículo 25 de la ley 16.713 tienen derecho a la misma:

- a) Las personas viudas.
- b) Los hijos solteros mayores de 18 años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo y los hijos solteros menores de 21 años de edad, excepto cuando se trate de mayores de 18 años de edad que dispongan de medios de vida propios y suficientes para su congrua y decente sustentación.
- c) Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo.
- d) Las personas divorciadas.
Las referencias a padres e hijos comprenden el parentesco legítimo, natural o por adopción. El derecho a pensión de los hijos se configura en el caso de que su padre o madre no tenga derecho a pensión o cuando éstos, en el goce del beneficio, fallezcan o pierdan el derecho por cualquiera de los impedimentos establecidos legalmente.
- e) Las concubinas y los concubinos, entendiéndose por tales las personas que hasta el momento de configuración de la causal hubieran mantenido con el causante una convivencia ininterrumpida de al menos cinco años en unión concubinaria de carácter exclusivo, singular, estable y permanente, cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual y que no resultare alcanzada por los impedimentos dirimentes establecidos en los numerales 1.º, 2.º, 4.º y 5.º del artículo 91 del Código Civil.

De acuerdo al objetivo de este trabajo nos remitimos específicamente a los literales b) y c) en donde se comprenden a las personas con discapacidad: “los hijos solteros mayores de dieciocho años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo” y “Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo”.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios de pensiones de sobrevivencia con discapacidad y cantidades totales de la prestación.

Cuadro 13

Cantidad de pensiones de sobrevivencia totales y para beneficiarios con discapacidad en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. anual (en %)	Con discapacidad	Var. anual (en %)	(*)
2008	269.879	---	21.488	---	7,96
2009(**)	268.873	-0,45	21.391	-0,45	7,96
2010	267.753	-0,34	21.291	-0,47	7,95
2011	265.985	-0,66	20.262	-4,83	7,62
2012	263.180	-1,05	20.104	-0,78	7,64
2013	261.307	-0,71	19.987	-0,58	7,65
2014	258.923	-0,91	19.809	-0,89	7,65
2015	256.228	-1,04	19.660	-0,75	7,67
2016	249.389	-2,67	19.330	-1,68	7,75

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

(*) Porcentaje de pensiones de sobrevivencia de personas con discapacidad en el total de pensiones de sobrevivencia.

(**) Corresponden al mes de noviembre.

En el año 2016 el total de pensiones de sobrevivencia fue de 249.389 prestaciones, de las cuales 19.330 correspondieron a pensiones servidas a personas con discapacidad. Estas prestaciones representan casi el 8% del total, proporción que se ha mantenido casi incambiada a través del período de estudio.

La evolución del total de pensiones de sobrevivencia, presentan un leve pero constante decrecimiento, así como las servidas a personas con discapacidad. La disminución de las pensiones en general, se relaciona con la derogación de leyes y decretos de diferentes períodos (con beneficios de por vida), cuyas prestaciones van desapareciendo al no tener reposición¹⁷.

2.1.5 Pensiones para víctimas de violencia doméstica y delitos violentos

Por ley 18.850 de 16/12/2011 se establece una pensión no contributiva y asignación familiar especial a hijos de personas fallecidas como consecuencia de hechos de violencia doméstica¹⁸.

El programa dispuesto por dicha ley tiene por objetivo implementar medidas de protección social para amparar a los huérfanos de personas fallecidas por violencia doméstica, coadyuvando en la cobertura de consecuencias dañosas mediante ciertas prestaciones no contributivas. Los beneficiarios reciben una pensión mensual de monto equivalente a la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez y una asignación familiar especial mensual de monto diferencial según el nivel de enseñanza y la presencia de discapacidad.

En diciembre de 2016 se otorgaron 86 Asignaciones Especiales y 206 Pensiones¹⁹.

Por ley 19.039 de 18/12/2012 se crea una prestación no contributiva (pensión a las víctimas de delitos violentos) para personas que resulten incapacitadas en forma absoluta

¹⁷ Comentarios de Seguridad Social, N°30, Enero – Marzo 2011. "Evolución de las pensiones de sobrevivencia. Período 2004 – 2010", de Cra. M. L. Brovia.

¹⁸ En el año 1995 la legislación uruguaya incorporó el delito de violencia doméstica al Código Penal a partir de la aprobación de la ley 16.707. En el ámbito de la prevención, en el año 2002 se promulgó la ley 17.514 de Violencia Doméstica.

¹⁹ No se dispone la cantidad correspondiente a personas con discapacidad.

para todo trabajo remunerado por haber sido víctimas de delitos de rapiña, copamiento o secuestro. En caso de homicidio, también se benefician de esta pensión: a) el cónyuge o concubino/a de la víctima; b) los hijos solteros y menores de 21 años; y c) los hijos solteros mayores de 18 años de edad y absolutamente incapacitados para todo trabajo.

Hasta diciembre de 2016 se otorgaron 154 pensiones para víctimas de Delitos Violentos de las cuales 13 corresponden a personas incapacitadas para trabajar.

Relacionado con estas prestaciones, por convenio con el Ministerio del Interior, el BPS (según R.D Nº 19-1/2014) ha cedido en comodato a dicho Ministerio el primer piso del local en Gral. Flores 2419 (Montevideo), para el funcionamiento de la Asociación de Familiares y Víctimas de Delitos (ASFAVIDE) y "Mujeres de Negro". Estas organizaciones desarrollan una importante labor de sensibilización en materia de apoyo y en materia de derechos, en los aspectos jurídicos, social, psicológico y de rehabilitación a personas que sufrieron algún delito y sus familiares.

2.1.6 Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas

En el marco de las políticas destinadas a la construcción del Sistema Nacional de Cuidados y al amparo del artículo 25 la ley 18.651 de febrero de 2010, mediante Decreto Nº 214 del Poder Ejecutivo de fecha 28/07/2014, fue creado en el ámbito del BPS el Programa de Asistentes para Personas con Discapacidades Severas en situación de dependencia.

De acuerdo a este decreto los beneficiarios del programa eran las personas receptoras de pensión por invalidez por discapacidad severa servida por el BPS, residentes en su domicilio particular y con mayor necesidad de asistencia o ayuda sustantiva para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El beneficio consistía en una prestación económica destinada a la contratación de un servicio de asistente personal brindado a través de una persona física o por intermedio del personal perteneciente a una persona jurídica en relación de dependencia.

A mediados del año 2015 y de acuerdo a la reglamentación vigente en ese momento, el BPS había recibido 2.012 potenciales beneficiarios calificados por el MIDES. Asimismo se registraron 2.063 Asistentes Personales y 1.022 beneficiarios requirieron Asistente, siendo 852 los casos de beneficiarios que cobraban el subsidio.

Por Ley Nº 19.353 de 27 de noviembre de 2015, se crea del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. En el marco de esta normativa y con vista del artículo 25 de la ley 18.651, por Decreto 117/016 de 25 de abril de 2016 se crea el Servicio de Asistentes Personales para Cuidados de larga duración para Personas en situación de Dependencia Severa. En su artículo 39 se deroga el Decreto 214/014 con excepción de las disposiciones relativas a la transición del régimen proveniente de la Ley 18.651 y su decreto reglamentario y a la extensión del plazo para la formación de los Asistentes Personales.

El Servicio integra el Programa de Cuidados en Domicilio del Sistema Nacional Integrado de Cuidados; está constituido por el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de personas en situación de dependencia severa y se compone de la habilitación, el registro, la formación, la supervisión y/o el otorgamiento de un subsidio.

Podrá ser usuaria del servicio, la persona en situación de dependencia severa²⁰, de cualquier edad, que sea ciudadano natural, legal o con residencia de 10 años o más en el país, que resida en su domicilio particular dentro del territorio nacional, quedando excluidas las personas que se encuentren en régimen de internación o residencia en instituciones.

A los efectos de determinar la situación de dependencia severa se utiliza el Baremo de Dependencia aplicado por el Ministerio de Desarrollo Social. El derecho al Servicio se determina por el nivel de dependencia resultante de dicha aplicación.

Le compete a la Secretaría Nacional de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social: a) habilitar y registrar a las personas físicas y jurídicas que presten este Servicio, b) recibir y registrar las postulaciones de aspirantes a ingresar al Servicio como usuarios y coordinar la valoración de su dependencia mediante la aplicación del baremo de dependencia y/u otros instrumentos que se determinen, c) establecer el subsidio al que el usuario tendrá derecho según la valoración de sus ingresos, d) definir el modelo de supervisión, coordinar y determinar las acciones para su implementación, e) diseñar y coordinar junto con la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social, los procesos de evaluación y monitoreo del Servicio y f) velar por el uso eficiente de los recursos financieros que se asignen.

El cometido del Banco de Previsión Social es: a) registrar a los usuarios del Servicio que cumplan con los requisitos que se detallan en la normativa, b) registrar a los Aspirantes de Asistentes Personales que pretendan cumplir con el servicio, y c) hacer efectivo el pago de los subsidios a los usuarios del servicio.

El usuario podrá acceder a un subsidio económico total o parcial destinado de forma exclusiva a la contratación de 80 horas mensuales de un Servicio de Asistente Personal brindado a través de una persona física o jurídica habilitada por la Secretaría Nacional de Cuidados. Dicho subsidio lo determina el MIDES, en función de la capacidad de pago de los hogares y la carga de cuidados asociada, considerando todos los ingresos del hogar contemplados en términos per cápita. El monto del subsidio total asciende a 4,6 BPC²¹. Se establecen tres niveles o franjas de ingresos per cápita: hasta 3 BPC, el subsidio es total; de 3 BPC a 6 BPC, corresponde el 67% del subsidio; de 6 BPC a 11 BPC, corresponde el 33% del subsidio.

Con respecto a la habilitación de las personas físicas como Asistentes Personales, la misma está a cargo de la Secretaría Nacional de Cuidados. Las personas deberán: a) poseer certificado de Curso Básico de Atención a la Dependencia, emitido por instituciones habilitadas por el Ministerio de Educación y Cultura o b) contar con certificación de competencias emitida por el organismo competente.

Con respecto a las personas jurídicas, la Secretaría de Cuidados habilita para este servicio a las personas jurídicas que: a) contengan taxativamente establecida en su objeto la prestación de servicios de cuidados en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados; b) presten el servicio mediante la contratación de Asistentes Personales habilitados por la Secretaría Nacional de Cuidados y c) cumplan con los procedimientos formales y sustanciales que a estos efectos establezca la Secretaría Nacional de Cuidados.

²⁰ Se entiende por "dependencia severa" la carencia de autonomía de las personas para desarrollar actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

²¹ Valor de la BPC en el año 2015: \$3.052. Valor de la BPC en el año 2016: \$ 3.340.

Se presenta la cantidad de recibos y el importe correspondiente, emitido por el BPS en el mes de diciembre de cada año, por concepto de pago de subsidio para Asistentes Personales.

Cuadro 14

Cantidad de recibos e importes por concepto de pago de subsidio Asistentes Personales en diciembre de cada año. Valores constantes (1)

	recibos	Importes (en pesos uruguayos de dic. 2016)
2014	409	2.668.407
2015	1.228	8.703.256
2016	2.344	17.144.563

Fuente: Área Emisión y Contralor de Cobros y Pagos

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2016.

Se puede observar que a partir del año 2014, los recibos e importes se incrementan; en diciembre de 2016 se registran 2.344 recibos, lo que asciende a un monto de \$ 17.144.563.

En relación a la formación de asistentes personales²², el BPS realizó cursos de capacitación básica de 30 horas de duración. En el año 2014 se realizaron 10 cursos con participación de 22 localidades de distintos departamentos del País: Montevideo, Canelones, Rocha, Maldonado, Tacuarembó, Durazno y Flores.

En mayo de 2016, a partir del convenio firmado por el MIDES y el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP), se delinea la formación en dependencia. Dicha formación se compone por tres líneas de trabajo: cursos de formación, validación de conocimientos de personas que ya están formadas en cuidados y certificación de competencias laborales para las personas que nunca realizaron cursos. Los cursos que brinda el INEFOP constan de un diseño curricular aprobado por la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), con prácticas a desarrollarse en centros sanitarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

2.2 Prestaciones a activos

2.2.1 Asignaciones familiares ley 15.084

Las Asignaciones Familiares que se otorgan por ley 15.084 del 28/11/1980, consisten en un programa dirigido a apoyar a los padres trabajadores en el cuidado de los niños a su cargo y a contribuir al desarrollo integral de los mismos. La normativa también está dirigida a la mujer embarazada con la finalidad de que la misma acceda a los controles médicos periódicos durante el embarazo.

Los beneficiarios son los hijos o menores a cargo de los empleados de la actividad privada, desocupados forzosos, servicio doméstico, vendedores de diarios, pequeños productores rurales, y jubilados y pensionistas de la actividad privada. Como condición de calificación

²² Se amplía información en Anexo

se exige que el beneficiario sea menor de 18 años, esté cursando estudios de primaria o secundaria en instituciones habilitadas o que presente discapacidad.

Con respecto a los menores con discapacidad tienen derecho a la asignación de por vida o hasta que perciban otra prestación de la seguridad social.

Estas prestaciones comprenden beneficios monetarios y no monetarios.

Para las personas con discapacidad los beneficios monetarios consisten en un monto de 16% o 32% del valor de la BPC²³ (el cual se sirve en forma bimensual), dependiendo del nivel de ingreso del grupo familiar, lo que equivale al doble de una asignación común. También podrán percibir ayudas extraordinarias de carácter económico (las que se verán con más detalle en el apartado correspondiente) en el caso de concurrencia a centros normales o especializados de estudios o rehabilitación.

Con respecto a los beneficios no monetarios, los beneficiarios de asignaciones familiares que presentan malformaciones congénitas o patológicas emergentes de riesgos perinatales tienen derecho a la asistencia especial que brinda el Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicos (DEMEQUI), debiendo comenzar el tratamiento antes del cumplimiento de los 14 años, pero sin límite de edad para el alta.

Los exámenes y medicamentos se brindan en forma gratuita, así como los elementos y prótesis que se requieran (lentes, audífonos, sillas de ruedas, entre otros).

Como se verá en el apartado correspondiente a las prestaciones de salud cuando el tratamiento médico exige el traslado del paciente desde el interior del país, este y un acompañante tienen derecho a pasajes, alimentación y hospedajes gratuitos.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficios de asignaciones familiares para personas con discapacidad por Ley 15.084 a diciembre de cada año.

Cuadro 15

Cantidad de Asignaciones Familiares Ley 15.084 dobles para beneficiarios con discapacidad por nivel educativo en el mes de diciembre de cada año

	Prenatal y menor 4 años	Preescolar	Escolar	Liceo y UTU	Totales	Var. anual (en %)
2000	50	332	957	834	2.173	---
2004	236	293	1.785	1.231	3.545	---
2008	75	90	617	841	1.623	---
2009	58	57	444	668	1.227	-24,42
2010	52	52	365	574	1.043	-15,03
2011	44	37	321	473	875	-16,05
2012	58	49	273	457	837	-4,34
2013	92	47	341	391	871	4,05
2014	56	27	323	385	791	-9,14
2015	52	41	378	305	776	-1,93
2016	40	28	301	328	698	-10,06

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

²³ La ley 19.003 de 6/11/2012 cambia la forma de actualizar la prestación. A partir del 1/1/2012 el monto se expresa en unidades reajustables (UR) y se ajusta anualmente por su variación. A enero de 2014 dichos montos equivalen a 506 pesos y 1.012 pesos, respectivamente.

La cantidad de personas beneficiarias discapacitadas ha mostrado un descenso a lo largo del período de estudio. A diciembre de 2016 se registraron 698 beneficios. La disminución registrada se explica por la entrada en vigencia de la ley 18.227 (que se detalla a continuación), cuya aplicación a partir de 2008 fue incorporando en forma gradual aquellos beneficiarios de la ley 15.084, que también calificaban para la nueva ley del Plan de Equidad. Sin embargo, en 2013 las asignaciones registran un incremento de 4%, por lo que se podría pensar en un aumento de trabajadores calificados para ser atributarios de esta prestación.

2.2.2 Asignaciones familiares Plan de Equidad

Estas prestaciones se insertan dentro del Plan de Equidad del gobierno nacional. En este marco el BPS juega un rol en la implementación de varios componentes de dicho Plan; entre ellos el nuevo sistema de asignaciones familiares según la ley 18.227 que entró en vigencia el 01/01/2008. Son prestaciones de carácter asistencial y por lo tanto, no contributivas que se sirven en forma mensual.

La población beneficiaria de las asignaciones familiares del Plan de Equidad son los niños, niñas y adolescentes que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica²⁴ o estén en atención de tiempo completo en establecimientos del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), o en instituciones que mantengan convenios con dicho instituto.

La asignación se sirve hasta los 18 años si el beneficiario cursa estudios de nivel superior a primaria en instituciones de enseñanza estatales o privadas autorizadas por el órgano competente.

Si el beneficiario padece una incapacidad física o psíquica tal que impida su incorporación a todo tipo de tarea remunerada, la prestación se servirá hasta los 18 años y continuará sirviéndose a partir de dicha edad por períodos de tres años, con revisión médica al finalizar cada período.

El monto de la prestación por discapacidad corresponde a una suma fija de \$ 1.855 al 1° de enero de 2016.

Se presenta la cantidad de asignaciones familiares para personas con discapacidad, otorgadas por el Plan de Equidad y las correspondientes variaciones.

²⁴ La determinación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica se realiza conforme a criterios estadísticos teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes factores: ingresos del hogar, condiciones habitacionales y del entorno, composición del hogar, características de sus integrantes y situación sanitaria.

Cuadro 16

Cantidad de Asignaciones Familiares del Plan de Equidad para beneficiarios con discapacidad en el mes de diciembre de cada año

	Beneficios	Var. anual (en %)
2000	---	---
2004	---	---
2008	7.182	---
2009	8.579	19,45
2010	9.801	14,24
2011	10.454	6,66
2012	10.485	0,30
2013	10.198	-2,74
2014	10.482	2,78
2015	10.418	-0,61
2016	10.348	-0,67

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

A partir de la aplicación del Plan se incrementan los beneficios hasta el año 2012. En diciembre de 2012 se registraron 10.485 asignaciones. Se observa una disminución en el año 2013, lo que podría estar vinculado con el incremento de las asignaciones del plan común que observamos en el cuadro anterior, resultando en un trasiego de beneficiarios entre ambos planes de acuerdo a cambios en las condiciones de los atributarios. A diciembre de 2016 se registran 10.348 beneficiarios con discapacidad física o psíquica.

3. Beneficios de salud

La reforma de la salud que se lleva a cabo en nuestro país desde el año 2007 y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N°18.211 de fecha 5/12/2007, modificativas y complementarias), ha determinado una serie de cambios en la cobertura de las prestaciones de salud que brinda el BPS, debiendo realizar un análisis de su rol dentro del Sistema²⁵

En este marco de transformación el BPS ha adoptado algunos lineamientos estratégicos que apuntan a reorientar los servicios asistenciales propios reconociendo la experiencia y especialización de dichos servicios²⁶.

Dentro del Plan Estratégico del BPS 2011-2015 se establece que “la organización debe instrumentar y/o terminar de implementar los Centros Nacionales de Referencia, modalidad surgida a partir de las capacidades y experiencia existentes en el instituto”.

En este contexto se crea la Comisión Interinstitucional integrada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), BPS, Fondo Nacional de Recursos (FNR), y sobre el final del proceso se incorpora la participación del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)²⁷.

La Comisión Interinstitucional analizó las prestaciones del BPS clasificando las que corresponden que permanezcan en su cobertura y aquellas que dejarían de otorgarse por

²⁵ Proyecto Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) – 2.da versión mayo de 2014 – Dirección Técnica de Prestaciones – Gerencia de Prestaciones de Salud – Gerencia de Asistencia Médica.

²⁶ Ibid nota 23

²⁷ Ibid nota 23

estar comprendidas dentro de las obligaciones de los prestadores integrales, o estar bajo la cobertura del Fondo Nacional de Recursos²⁸.

Los cambios que se han venido desarrollando han conducido a la creación del **Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER)**, en la órbita del Banco de Previsión Social a cargo de tres Unidades: “Medicina Embrio-Fetal y Perinatal” (UMEFEFE), “Laboratorio y Pesquisa Neonatal” y “Unidad de Diagnóstico y Tratamiento” (UDT).

El marco normativo de dicho centro está compuesto por: a) la Ordenanza del MSP No. 280 de mayo 2014 donde se reconoce el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras en la órbita del BPS; b) el Decreto del Poder Ejecutivo No. 325/2013, que en su artículo 4º reconoce al Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS como único centro de diagnóstico, confirmación y seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de la gota de sangre; c) la Ordenanza del MSP No. 629 de octubre 2014 donde autoriza la incorporación de la Unidad de Medicina Embrio-fetal y Perinatal (UMEFEFE) del BPS al CRENADECER y autoriza el comienzo de las actividades de la Red Integrada de Efectores Públicos (RIEPS).

El objetivo general del CRENADECER consiste en contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, a través de la puesta en funcionamiento de un Sistema de Referencia Nacional para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en el país

Asimismo, el CRENADECER se propone disminuir la mortalidad infantil causada por defectos congénitos y enfermedades raras mediante el diagnóstico precoz y tratamiento de la mujer embarazada; diagnóstico precoz y oportuno a través del screening del Sistema de Pesquisa Neonatal; mejorar la calidad de vida del paciente portador de un defecto congénito o enfermedad rara, a través de la atención integral con equipos interdisciplinarios²⁹.

El Plan Estratégico 2016 - 2020 del BPS dispone consolidar este Centro, así como promover la inclusión de otras patologías³⁰.

Por otra parte, otras prestaciones de salud conferidas por el decreto Ley 15.084 han ido siendo absorbidas por el SNIS a través de Prestadores Integrales, por lo cual algunos servicios de salud atienden a un número cada vez más escaso de pacientes.

3.1 Unidad de Medicina Embrio-fetal y Perinatal (UMEFEFE)

Como se expresó arriba, la Ordenanza del MSP No. 629 de octubre 2014 autoriza la incorporación de la Unidad de Medicina Embrio-fetal y Perinatal (UMEFEFE) del BPS al CRENADECER y autoriza el comienzo de las actividades de la Red Integrada de Efectores Públicos (RIEPS).

La unidad de Medicina Embrio-Fetal y Perinatal lleva adelante un programa piloto de screening del primer trimestre del embarazo. Consiste en la realización en el mismo día de una ecografía (Translucencia Nucal - TN) y un estudio de sangre materna.

²⁸ Ibid nota 23

²⁹ Disponible en páginas web: <http://www.bps.gub.uy/10594/crenadecer.html>

³⁰ Disponible en páginas web: <http://www.bps.gub.uy/1363/plan-estrategico-2016---2020.html>

Su objetivo es la detección de riesgo de las alteraciones cromosómicas más frecuentes en el feto. Se realiza una búsqueda temprana de alteraciones que permiten un diagnóstico precoz así como una intervención que hace la diferencia a la hora de desarrollar o no, una patología.

Son beneficiarias de este servicio las usuarias de los Servicios Públicos de los Efectores Públicos de Salud (ASSE, Sanidad Policial-Sanidad Militar-IMM-BPS), del área metropolitana que estén cursando entre 11 y 13 semanas de embarazo.

3.2 Unidad de Diagnóstico y Tratamiento - (UDT)

El Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas (DEMEQUI) se origina con el decreto Ley N°15.084, de 28/11/1980, siendo asignado a la ex Dirección General de la Seguridad Social, hoy BPS, y formando parte de los servicios de Prestaciones de Salud.

La Unidad ha prestado asistencia especial a beneficiarios (hijos de contribuyentes del BPS, empleados de la actividad privada que aportan al BPS e hijos de funcionarios del BPS), con patologías congénitas con o sin malformaciones o patologías emergentes de riesgos perinatales.

Como se expresó en el punto 3, la reforma del Sistema Nacional de Salud ha determinado una serie de cambios y modificaciones en la cobertura de las prestaciones de salud que brinda el BPS. Estos cambios incluyen entre otros, la implementación de Centros Nacionales de Referencia a los efectos de continuar con la cobertura de una serie de prestaciones específicas de salud que el BPS históricamente venía cubriendo. En función de dichas modificaciones, el DEMEQUI se reordena integrando el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos, como “Unidad de Diagnóstico y Tratamiento” (UDT).

La Unidad de Diagnóstico y Tratamiento está dirigida principalmente a tres aspectos de la asistencia médica: el diagnóstico, el tratamiento (en los casos en que exista) y la rehabilitación. El derecho a ser asistido/a en esta unidad, deriva de la condición ser portador/a de la patología definida por el MSP en conjunto con la UDT.

Los pacientes pueden ser derivados de: la Unidad de Medicina Embrio Fetal (UMEFEP) en el caso en que se detecte algún defecto congénito durante el embarazo, el Laboratorio de Pesquisa Neonatal y de los Prestadores Integrales de Salud (públicos o privados).

Las patologías son asistidas por equipos interdisciplinarios de atención. Cuatro de estos equipos corresponden a las Enfermedades Raras³¹; comprenden errores innatos del metabolismo, fibrosis quística, epidermólisis ampollar y enfermedades raras con una prevalencia aún menor que las tres mencionadas. Dos equipos corresponden a defectos congénitos: malformaciones maxilofaciales y defectos del tubo neural.

La atención que se brinda en la Unidad consiste en completar el diagnóstico en caso de ser necesario, brindar el tratamiento médico o quirúrgico, así como el apoyo psico-social y la rehabilitación.

Actualmente se vienen realizando una serie de reformas edilicias entre las cuales se está construyendo al lado de la unidad de diagnóstico³², una unidad de rehabilitación con piscina para hidroterapia. Por otra parte, junto a la autoridad sanitaria se continúa

³¹ Enfermedades Raras son aquellas que tienen una prevalencia de hasta 5 afectados por cada 10.000 habitantes.

³² Ubicada en Avenida Agraciada 2965.

trabajando para que se puedan ir incorporando a las patologías ya definidas, otras patologías de acuerdo a las necesidades nacionales³³.

En el siguiente cuadro se presenta las consultas realizadas en la UDT, entre los años 2000 y 2016.

Cuadro 17

Número de consultas en la UDT ex DEMEQUI por años seleccionados, según especialidad

	2000	2004	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cardiología	1.925	3.748	6.420	4.923	3.748	3.249	2.512	2.001	1.704	1.609	1.499
Cirugía pediátrica	2.354	2.094	2.477	1.131	1.374	1.074	936	798	771	726	660
Cirugía plástica	2.127	1.645	2.587	2.425	2.434	2.198	2.008	2.036	2.076	1.709	1.470
Dermatología	714	1.334	784	789	773	540	441	341	352	412	274
Endocrinología	725	1.645	2.373	2.325	1.934	1.844	1.672	1.695	1.577	1.530	1.602
Fisiatría	2.997	800	2.568	5.276	1.440	1.079	776	240	734	1.134	1.273
Gastroenterolog.	1.340	1.480	3.866	3.032	2.216	2.114	2.179	2.130	2.068	2.060	1.977
Hematología	403	703	898	644	449	439	310	296	242	264	289
Neumología	856	1.509	1.383	888	756	737	802	987	851	1.048	1.162
Neurocirugía	381	267	621	630	627	544	519	519	528	540	659
Neuropediatría	9.479	18.789	14.981	13.273	10.407	9.010	7.181	6.376	5.307	5.175	5.105
Oftalmología	11.249	10.266	12.848	10.981	7.984	6.454	4.864	4.034	3.483	3.458	3.426
Otorrinolaringolog.	10.720	7.503	10.655	7.308	4.721	3.708	2.863	2.420	1.911	1.742	1.555
Pediatría	5.058	4.308	993	1.660	1.603	1.551	1.400	1.617	1.544	1.456	1.293
Psiquiatría adultos	---	1.302	1.855	1.934	1.984	2.015	1.918	2.043	2.029	1.998	2.189
Psiquiatría infantil	3.613	4.096	6.327	4.368	5.957	4.440	2.872	2.003	2.262	2.418	2.478
Urología	2.818	5.273	6.342	5.455	3.189	2.688	2.096	1.727	1.467	1.592	1.643
Ortopedia	4.658	5.642	6.711	5.159	4.800	4.657	4.144	4.197	3.865	3.347	3.141

Fuente: Boletín Estadístico BPS - AGSS – AEA e Informe de Salud.

Nota: Los datos de los años 2000, 2004 y 2010 en adelante corresponden al Boletín Estadístico BPS-AGSS-AEA y los años 2008 y 2009 a informes de Gerencia Prestaciones de Salud de la Dirección Técnica de Prestaciones del BPS.

La evolución de las consultas observan en general incrementos en el año 2009 para luego descender en los últimos años. En el año 2016 la mayor parte de las consultas a especialistas continúan descendiendo mientras que algunas (neurocirugía, neumología psiquiatría de adultos), se incrementan. Esta evolución podría ser explicada por la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que ha posibilitado una movilidad de usuarios hacia otros servicios que cuentan con estos especialistas. Por otra parte se registra un cambio en las características de la población asistida, en cuanto a que la misma es aquella portadora de enfermedades más complejas (como se reseñó antes).

³³ Extraído de Curso de Protección Social 2, Descripción del trabajo llevado a cabo en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (Ex-DEMEQUI). CESS- Banco de Recursos de Conocimiento.

Cuadro 18

Número de consultas en el DEMEQUI por año seleccionado, según equipos interdisciplinarios

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cuidados paliativos	40	85	69	24	33	68
Dificultades de aprendizaje	108	158	154	89	62	60
Mielomeningocele.	23	40	43	49	68	36
Epidermolisis bullosa	15	13	13	10	20	5
Enfermedades raras	36	67	73	154	222	300
Fibr. quística pediátrica	387	533	561	878	1.408	1.500
Alto riesgo neonatal	178	100	18	0	0	0
Errores innatos metabolismo	259	271	317	421	525	583
Fibr. quística adultos	220	301	330	346	360	371
Trastornos de lenguaje	47	186	121	107	71	27
Total	1.313	1.754	1.699	2.078	2.769	2.950

Fuente: Boletín Estadístico BPS – AGSS - AEA.

La atención de los equipos interdisciplinarios presenta en general un aumento de consultas. El periodo de estudio comienza con 1.313 consultas en el año 2011 y finaliza con 2.950 consultas en 2016. Las consultas que no han acompañado este incremento corresponden a Dificultades de aprendizaje, Epidermolisis bullosa, Trastornos de lenguaje y Alto riesgo neonatal. Con respecto a este último caso, la baja sostenida en la atención estaría vinculada a la disminución de partos en la Unidad de Perinatología.

3.3 Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal

La Pesquisa Neonatal es la búsqueda de enfermedades que no presentan síntomas clínicos en el momento del nacimiento, pero que producen alteraciones bioquímicas, las que pueden ser detectadas por medio de análisis específicos^{34 35}.

Se pesquisa aquellas enfermedades para las cuales existen tratamiento y que de no atenderse ocasionan un severo deterioro mental y físico e incluso la muerte.

Uruguay es uno de los pocos países de América Latina que cuenta con un sistema de pesquisa y prevención de patologías congénitas³⁶. Esto se realiza mediante el Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal (SNPN), de acuerdo al cual a todos los recién nacidos en el país, cualquiera sea la institución de salud a la que están afiliados, se les realiza la

³⁴ <http://www.bps.gub.uy/3543/>

³⁵ Se define el término pesquisa como la búsqueda masiva en todos los individuos de una población específica en riesgo de ser afectados por ciertas enfermedades. Una vez detectadas, se requieren pruebas confirmatorias y diagnóstico clínico y bioquímico.

³⁶ Los defectos congénitos constituyen la mayor causa de mortalidad infantil luego de la desnutrición, diarreas, enfermedades infecciosas y trasmisibles. En algunos casos, si se los diagnostica precozmente, puede evitarse el retardo severo irreversible y devastador. Documento de Pesquisa Neonatal: lo que puede prevenir una gota de sangre – BPS – Centro de Estudios Seguridad Social Salud y Administración – Doctoras G. Queiruga, A. Lemes, C. Ferolla, M. Machado, C. Queijo, P. Garlo y G. Pallarada.

detección de enfermedades que pueden causar alguna malformación o discapacidad. La pesquisa es de carácter universal, gratuita y obligatoria³⁷.

La Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS integra el SNPN y fue designado mediante el artículo 4.º del Decreto del Poder Ejecutivo No 325/013 del 04/10/2013, como único centro de diagnóstico, confirmación y seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de la gota de sangre.

En el artículo 6º de dicho Decreto se redefine el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante, como el conjunto de prácticas médicas que involucren la detección neonatal obligatoria de patologías endocrino-genéticas y de otras causas, a través de:

- a) Gota de sangre (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, acil-CoA-dehidrogenasa de cadena media);
- b) Emisiones otoacústicas (hipoacusia congénita);
- c) Examen físico sistemático del recién nacido (anomalías estructurales externas o internas); y
- d) Ecografía de cadera en lactantes entre los 2 y 4 meses.”

En el artículo 7º se expresa que “la incorporación y la eliminación de patologías al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante estarán en revisión permanente. Las mismas se harán en base a la evaluación de las necesidades de salud de la población que incluye la evidencia científica y los principios bioéticos, privilegiando la prevención como principio rector del Sistema Nacional Integrado de Salud”.

Las pruebas obligatorias que se realizan son para la detección de Hipotiroidismo congénito (HC), Fenilcetonuria (PKU), Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), Fibrosis Quística (FQ) y déficit de acil-CoA-dehidrogenasa de cadena media (MCADD) y formando parte de un programa piloto se estudian otras 24 enfermedades metabólicas.

Es importante destacar el proceso realizado en el país respecto a la creación de este sistema nacional universal de pesquisa neonatal.

En el año 1990 el laboratorio del BPS comenzó un Programa Piloto, con la detección de HC a todos los recién nacidos en la Unidad de Perinatología del BPS (Sanatorio Canzani). Al obtener una buena evaluación del programa, en 1993 el Directorio del BPS aprueba que se extienda a todos los beneficiarios del país. Se comienza a coordinar con otros grupos que realizan esta pesquisa como el MSP y UDELAR, por lo cual al comparar los diagnósticos y resultados obtenidos se presentó ante el MSP un proyecto para hacer obligatorio la determinación de TSH en sangre del cordón umbilical a todos los recién nacidos del país. Fue regulado en la ley N° 16.095 de 04/10/1989³⁸. En el año 1994 se aprueba el Decreto N° 430/994 de 21/09/1994 donde el MSP obliga a todas las instituciones públicas y privadas a realizar esta detección³⁹.

³⁷ Luego de las 40 horas de vida del niño y antes del alta de la maternidad se le realiza una toma de muestra de sangre del talón mediante punción con lanceta. La sangre se recoge sobre un papel filtro especial. Esta muestra se envía por correo al Laboratorio de pesquisa neonatal del BPS. Todos los resultados se envían a la maternidad donde nació el niño o también pueden consultar a un servicio telefónico de atención personal.

³⁸ Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

³⁹ El Decreto N° 416/007 de 05/11/2007 introduce algunas modificaciones.

En el año 2006 se comienza a trabajar en procura de la extensión del Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal a otras enfermedades. Se solicitó apoyo económico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para actualizar la tecnología y poder detectar más de 20 enfermedades congénitas logrando la aprobación del proyecto en el año 2007.

Por Decreto del Poder Ejecutivo N° 416/007 de 05/11/2007⁴⁰ se establece la obligatoriedad de la investigación en los recién nacidos en todo el país de las patologías hipotiroidismo congénito y de fenilcetonuria e hiperplasia suprarrenal congénita. Asimismo, se establece que las Instituciones de Asistencia en Salud, públicas o privadas de todo el país, donde se producen nacimientos deberán denunciar los casos detectados con las patologías mencionadas.

En esta línea de investigaciones para los recién nacidos, se establece por Decreto del Poder Ejecutivo N° 389/008 de 11/08/2008 el estudio de la hipoacusia neonatal, quedando a cargo de las Instituciones de Asistencia en Salud a nivel nacional (públicas/privadas), donde se producen nacimientos, debiendo realizar el procedimiento de pesquisa a través de emisiones otoacústicas (EOA) antes del alta de la maternidad y se deben denunciar los casos detectados ante el Departamento de Epidemiología del MSP.

Por Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 447 de 12/08/2009 se dispone entre otros cometidos la creación del Registro Nacional de Defectos Congénitos⁴¹, dependiente de la Dirección General de Salud del MSP, la que establecerá una base nacional de datos de patología congénita. Se crea una Comisión Técnica⁴² que estará integrada por varios organismos entre los que se encuentra la Gerencia de Salud del BPS, con el fin de sistematizar la información del registro, establecer las recomendaciones y coordinaciones necesarias con las instituciones y Organismos involucrados, para que implementen las medidas tendientes a la promoción, educación y prevención de los defectos congénitos en el territorio nacional⁴³.

Por el Decreto 577/009 de 15/12/2009 se incorpora el estudio de la Fibrosis Quística al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal⁴⁴.

En el Decreto N° 325/013 de 04/10/2013, entre otras disposiciones establecidas⁴⁵, se incorpora la deficiencia de acil- coenzima A-dehidrogenasa de cadena media (MCADD)⁴⁶ al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante.

Con la puesta en funcionamiento del SNIS se define las competencias de los organismos para lograr las acciones de prevención de enfermedades congénitas y degenerativas. El MSP es el organismo rector, encargado de aplicar la obligatoriedad de las enfermedades a pesquisar. El BPS aporta su laboratorio, personal, insumos y equipos multidisciplinarios de tratamiento de las patologías detectadas. La Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP), cita los casos detectados, las repeticiones y realiza control de seguimiento de los bebés nacidos fuera de Montevideo. La

⁴⁰ Sustituye el artículo 1 y 2 del Decreto 430/994 de 21/09/2004.

⁴¹ Numeral 2

⁴² Numeral 3

⁴³ Numeral 4.

⁴⁴ Artículo 1°.

⁴⁵ Expuestas y referenciadas al inicio de este tema.

⁴⁶ Es una enfermedad mendeliana autosómica y recesiva producida por un defecto en la oxidación de los ácidos grasos, que siendo detectada en forma precoz evita el daño severo neurológico e irreversible y hasta la muerte súbita.

Administración Nacional de Correos asume el transporte de las muestras desde todos los puntos del territorio del país⁴⁷.

El BPS en coordinación con los centros de salud existentes a nivel nacional, realiza el diagnóstico y brinda asistencia integral (estudios para clínicos, tratamiento dietético y/o medicamentoso) en todo lo relacionado con la patología detectada en la Pesquisa Neonatal, manteniendo una relación de referencia y contra referencia con el pediatra del primer nivel de atención.⁴⁸

El Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS en el año 2010 fue galardonado con el Premio Reina Sofía a la Prevención de la Discapacidad otorgado por el Real Patronato sobre Discapacidad de España^{49 50}.

3.4. Rehabilitación para las personas con discapacidad

3.4.1 Ayudas Extraordinarias

Esta prestación tiene su origen en la Reglamentación del Servicio Materno-Infantil de la D.A.F.A. (Dirección de Asignaciones Familiares), de fecha 5/12/1984.

En el marco de lo dispuesto por Resolución de Gerencia General No. 123/2008 de 9/05/2008 con respecto al Plan de Trabajo de la integración al SNIS y por la R.D. N° 29-1/2011 del 14/09/2011, se efectuaron revisiones y análisis de la normativa de las Ayudas Extraordinarias desde el año 1986. Como resultado se elaboró el Reglamento sobre Ayudas Extraordinarias aprobado por R.D. N° 3-33/2015 de 11/02/2015.

Dicha reglamentación incluye definiciones de las prestaciones que se brindan, los tipos de ayudas, el público objetivo y el procedimiento para su obtención, entre otros temas.

Se define la Ayuda Extraordinaria como una prestación económica que brinda el Banco de Previsión Social a personas con discapacidad y/o alteraciones en el desarrollo destinada a:

- 1) contribuir a solventar el costo de su concurrencia a Institutos de Rehabilitación, Escuelas e Institutos Habilitados por A.N.E.P. que realicen integración y/o Instituciones Recreativas o Deportivas cuyas actividades propendan a la rehabilitación, sean éstas públicas o privadas;
- 2) contribuir a solventar el costo de su locomoción o de su acompañante hacia y desde las referidas Escuelas, Institutos e Instituciones, incluidas las normales de enseñanza preescolar, primaria, secundaria y terciaria.

⁴⁷ <http://www.bps.gub.uy/bps/file/3543/5/pesquisa-neonatal.pdf> Pág. 23 y 24

⁴⁸ En el caso de la Hiperplasia Suprarrenal congénita y del Hipotiroidismo congénito, el tratamiento medicamentoso y/o los estudios paraclínicos confirmatorios los brinda el prestador de salud a cargo de la cobertura de salud del bebé.

⁴⁹ El Real Patronato sobre Discapacidad de España es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tiene como misión promover la prevención de deficiencias, la rehabilitación y la inserción social de las personas con discapacidad; facilitar, en esos ámbitos, el intercambio y la colaboración entre las distintas Administraciones públicas, así como entre éstas y el sector privado, tanto en el plano nacional como en el internacional; prestar apoyos a organismos, entidades, especialistas y promotores en materia de estudios, investigación y desarrollo, información, documentación y formación, y emitir dictámenes técnicos y recomendaciones sobre materias relacionadas con la discapacidad.

⁵⁰ El premio consistió en 50.000 euros destinados a complementar el Laboratorio de Pesquisa Neonatal con un sector de Biología Molecular, para conocer las mutaciones genéticas de los niños detectadas por el programa.

El objetivo de la prestación consiste en propiciar el desarrollo del potencial bio-psico-social, laboral y educacional del beneficiario. Restablecer o restaurar las habilidades, compensar funciones perdidas, obtener el máximo nivel de autonomía y una mejor calidad de vida, contemplando su capacidad y aspiraciones.

La población comprendida está conformada por las personas con discapacidad y/o alteraciones en el desarrollo que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- a) Hijos o menores a cargo de trabajadores de la actividad privada tributarios del BPS (artículos 2 y 5 Ley 15.084 de Asignaciones Familiares), sea que perciban o no la prestación monetaria;
- b) Hijos de jubilados y pensionistas de la actividad privada a través del BPS (Ley 15.084);
- c) Beneficiarios de Pensión por Invalidez;
- d) Pacientes de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento del BPS;
- e) Hijos o menores a cargo de funcionarios del BPS y
- f) Otros colectivos incluidos por resolución fundada del Directorio del BPS.

Existen varios tipos de AYEX: para instituciones, para transporte, para actividades de verano, especiales o por convenio.

Las AYEX para instituciones, consisten en una prestación económica que se brinda a los efectos de contribuir a solventar el costo de la concurrencia de los beneficiarios a Hogares, Talleres, Instituciones educativas, Clínicas o Institutos de reeducación y/o rehabilitación, e Instituciones recreativas o deportivas.

Esta prestación está destinada a contribuir con la rehabilitación bio-físico-psico-social, laboral y educacional del beneficiario con discapacidad y/o alteraciones en el desarrollo. No se brinda en forma domiciliaria. El beneficiario puede autorizar al proveedor de la prestación a cobrar el monto de la AYEX directamente en BPS.

El monto de la prestación se actualiza anualmente de acuerdo al IPC. En enero de 2015, el mismo fue de \$ 3.957 y en enero de 2016 correspondió a \$ 4.331.

Las ayudas para Transporte consisten en una prestación económica que se brinda a los efectos de contribuir a solventar el costo del traslado de los beneficiarios hacia y desde las Escuelas, Institutos e Instituciones, incluidas las normales de enseñanza preescolar, primaria, secundaria y terciaria. Puede ser utilizada para contribuir a solventar el costo de:

- a) la contratación de vehículos adecuados para el traslado de personas con discapacidad,
- b) boletos de líneas de transporte colectivo urbano para el acompañante.

El monto de la prestación se actualiza semestralmente de acuerdo al sub rubro transporte terrestre del IPC. En enero de 2015 el monto correspondió a \$1.816 y en enero de 2016 ascendió a \$ 2.041.

Las ayudas para Actividades de verano consisten en una prestación económica que se brinda a los beneficiarios con evaluación técnica vigente, a los efectos de contribuir a solventar el costo de actividades de verano.

Las ayudas Especiales o por Convenio consisten en prestaciones económicas que se brindan para situaciones especiales que no están contempladas en las anteriores y que el Directorio del Banco de Previsión Social autoriza especialmente.

Las ayudas Extraordinarias por Convenio Mides son prestaciones económicas destinadas a favorecer la inserción social, educativa y cultural, así como la rehabilitación de niños y adultos con discapacidad que participan en los programas Uruguay Crece Contigo (UCC) y Cercanías del Ministerio de Desarrollo Social.

En el siguiente cuadro se presenta la evolución de la cantidad de solicitudes de Ayudas Extraordinarias⁵¹ según el destino de las mismas: institutos de enseñanza, empresas de transportes y boletos. Para cada categoría se presenta su estructura por sexo.

Cuadro 19
Evolución de AYEX período 2008-20016 (1)

	Instituto			Transporte			Boletos		
	Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)	
		hombres	mujeres		hombres	mujeres		hombres	mujeres
2008	14.652	60,85	39,15	1.652	59,56	40,44	377	59,95	40,05
2009	15.031	61,17	38,83	1.573	58,55	41,45	367	59,67	40,33
2010	16.562	61,31	38,69	1.513	60,15	39,85	341	57,77	42,23
2011	18.017	61,79	38,21	1.394	61,76	38,24	326	61,96	38,04
2012	19.506	62,28	37,72	1.344	59,82	40,18	294	63,61	36,39
2013	20.269	62,29	37,71	1.295	59,46	40,54	255	63,53	36,47
2014	21.406	62,19	37,81	1.157	58,60	41,40	258	62,40	37,60
2015	23.532	62,12	37,88	948	59,49	40,51	238	65,97	34,03
2016	24.903	62,31	37,69	900	58,67	41,33	258	58,67	41,33

Fuente: elaborado en base a BPS SINF Prestaciones AYEX Solicitudes-F 969.

(1) Solicitudes cumplidas

En el período analizado las solicitudes de AYEX correspondientes a Institutos son las más utilizadas; representan el 96% del total en el año 2016. Las mismas se incrementan en forma sostenida alcanzando la cantidad de 24.903 solicitudes en el año 2016. En tanto que, en el mismo lapso las AYEX correspondientes a Transporte y Boletos, descienden. Para cada una de las modalidades, la composición por sexo muestra que alrededor del 60% de los beneficiarios son hombres. La mayor proporción de varones se puede explicar por la prevalencia de limitaciones en varones jóvenes (ver cuadro 1) asociada a que la mayor parte de los beneficiarios de estas prestaciones (aproximadamente el 66%) son menores de 14 años⁵².

Se presentan las erogaciones anuales de las Ayudas Extraordinarias en pesos constantes y su estructura por tipo de servicio para los años seleccionados.

⁵¹ Se ha modificado la presentación de este cuadro, utilizando las "solicitudes cumplidas" de Ayex en lugar de las "otorgadas"

⁵² De acuerdo a indicadores de Niñez y Juventud BPS-AGSS-APSS.

Cuadro 20

Monto anual de AYEX otorgadas en pesos a valores constantes (1)

	Estructura por tipo de AYEX (2) (en %)			Montos	Var. anual (en %)	Var. Acumulada 2000/2016 (en %)
	Institutos	Transporte	Locomoción			
2000	---	---	---	492.548.092	---	---
2004	---	---	---	395.298.860	-19,74	---
2008	94,08	4,81	1,11	575.576.274	45,61	---
2009	94,62	4,39	0,99	587.352.461	2,05	----
2010	94,98	4,12	0,90	644.423.220	9,72	----
2011	95,95	3,29	0,75	676.019.329	4,90	---
2012	95,87	3,40	0,73	712.758.686	5,43	---
2013	---	---	---	754.859.930	5,91	---
2014	---	---	---	781.971.018	3,59	---
2015	---	---	---	826.825.653	5,74	---
2016	---	---	---	1.012.871.014	11,73	87,56

Fuente: Balances del BPS (no ajustado por inflación).

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio de 2016.

(2) La estructura corresponde a los montos de julio de cada año.

De las erogaciones por concepto de ayudas extraordinarias alrededor del 95% corresponde a gastos para instituciones. Las mismas se han incrementado anualmente alcanzando mil millones de pesos en el año 2016, lo que significa un incremento de 88% con respecto al año 2000.

3.4.1.1 Apoyo a la equinoterapia

De acuerdo a los Decretos del Poder Ejecutivo N° 268/2003, 310/2007 y 480/2008, se considera la importancia de la Equinoterapia como técnica complementaria de rehabilitación biopsicosocial asociada al proceso de rehabilitación integral y se crean (por el primer decreto mencionado), los Centros Nacionales de Fomento y Rehabilitación Ecuestre (CENAFRE) en todo el país.

Por R.D. N° 21-4/2012 de 17/07/2012, se brinda una prestación complementaria de apoyo para el acceso a la equinoterapia destinada a niños y adultos con discapacidad. Asimismo en dicha resolución se autoriza la suscripción de un convenio de cooperación entre el BPS y el CENAFRE, representado por la Asociación Civil "Olímpicos de Shanghai" (ACODES).

Dicha Resolución de Directorio, fija el monto de la prestación y su reajuste "en los mismos términos y oportunidades que las Ayudas Extraordinarias que brinda el organismo" (ayudas extraordinarias para Instituciones). El mismo fue de \$1.216 en enero/2015 y \$ 1.331 en enero/2016.

3.4.1.2 Apoyo y Promoción del Perro de Asistencia

En base a lo dispuesto por el Decreto N°297/013 de fecha 11/09/2013 (Ley N°18.875 de 23/12/2011 y Art. 80 Ley N°18.651 de 19/02/2010), el BPS determina por R.D. N° 37-3/2016 de 1°/11/2016, la celebración de un Convenio con la Fundación de Apoyo y

Promoción del Perro de Asistencia (FUNDAPPAS)⁵³ y el otorgamiento de una prestación complementaria para apoyar la entrega de perros guía y de asistencia a las personas con discapacidad, beneficiarios del Organismo y seleccionadas por dicha Fundación.

El monto de la prestación a la fecha del Convenio es de \$1.330,81 (pesos uruguayos mil trescientos treinta con ochenta y un centésimo) mensuales, servidas a FUNDAPPAS durante 18 meses continuos, reajustables en el mismo término, importe y oportunidad en que se ajuste al parámetro de las AYEX.

En este sentido FUNDAPPAS se compromete a conceder un perro guía o de asistencia a las personas con discapacidad beneficiarias del BPS.

3.4.2 Beneficios de salud a través de servicios externos

Como se mencionó anteriormente, las personas usuarias de la UDT cuentan con atención médica dentro del BPS y con ayudas extraordinarias. Asimismo, estas personas tienen derecho de acuerdo a su congenitura, a órdenes de trabajos externos (OTES) que comprenden distintos tipos de prestaciones: tratamientos con especialistas en otros centros de salud, traslados del paciente, pasajes y alojamiento para usuario y familiar, bandejas de alimentación, prótesis y órtesis (tales como audífonos, sillas de ruedas, férulas, hasta la corrección de la patología o estabilización de la misma para su posterior inserción social), partes quirúrgicos, etc.

Se presentan cuadros con información para el período 2011 – 2016. El número de prestaciones en servicios externos, muestran en general una tendencia descendente, que se explica en parte por los cambios en el sistema de atención de salud del BPS, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS.

Cuando el tratamiento médico lo exige, los pacientes tienen acceso a **traslados** tanto los beneficiarios del departamento de Montevideo como del interior del país. Se utiliza una amplia gama de transportes: ambulancias comunes y ambulancias especializadas, camionetas privadas con camilla y ómnibus de líneas interdepartamentales. Por ejemplo desde el Interior, se trasladan beneficiarios y acompañantes con proveedores de ómnibus de líneas interdepartamentales, así como proveedores de camionetas privadas.

En el siguiente cuadro se muestra información correspondiente a solicitudes y personas en relación a órdenes de traslados, para el período 2005 – 2016.

⁵³ Es una organización con personería jurídica sin fines de lucro en apoyo a las personas con discapacidad. Su proyecto fundamental es organizar y sostener el funcionamiento de una Escuela de Perros de Asistencia en Uruguay, a través del adiestramiento de los Perros Guías y su posterior acoplamiento con los usuarios. Capacitan a adiestradores e instructores, seleccionan los cachorros y controlan la cría en todos sus aspectos.

Cuadro 21

Cantidad de solicitudes de traslados de beneficiarios del Interior. Años seleccionados

	Solicitudes	Personas
2005	44.681	11.175
2008	46.335	10.991
2009	42.293	9.342
2010	34.308	8.059
2011	28.798	6.814
2012	23.164	5.724
2013	19.427	4.870
2014	5.457	---
2015	311	---
2016	237	---

Fuente: Hasta 2013 Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos

Nota: Los datos refieren a órdenes de asistencias de salud (OASIS), expedidas como OASIS 11. Refieren a traslados en ómnibus de líneas interdepartamentales y camionetas privadas.

En el año 2005 se otorgaron 44.681 solicitudes de traslados interdepartamentales y se registraron 11.175 personas beneficiarias. La baja en la cantidad solicitudes al final de período, se debe a cambios en el procedimiento de trabajo. Los boletos de transporte se dejaron de emitir por Orden de Asistencia y pasaron a darse por Orden de Trabajo Externo. Esto se refleja de alguna manera en el cuadro 22.

El cuadro siguiente muestra la cantidad de traslados que se realizan por año, según los mismos sean mediante ambulancia (común o especializada), o camioneta. A partir del año 2014 se incorpora la modalidad de boletos.

Cuadro 22

Cantidad de traslados según tipo de transporte. Período 2011 a 2016

	Ambulancia	Camioneta	Boletos	Total
2011	1.931	8.101	---	10.032
2012	4.122	7.267	---	11.389
2013	831	7.368	---	8.199
2014	1.079	8.452	18.302	27.833
2015	1.960	9.054	27.842	38.856
2016	3.597	7.232	24.537	35.366

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS – Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

En el período de estudio, los traslados mediante ambulancia rondan entre mil y cuatro mil prestaciones. Los traslados mediante camioneta oscilan entre siete mil y nueve mil traslados. Los boletos (que se incorporan a la información en el año 2014), alcanzan a 24.537 prestaciones en el año 2016.

A los pacientes residentes en el interior del país que deben concurrir a Montevideo, se les brinda **alojamiento** para ellos y sus acompañantes por medio de un servicio de hotelería⁵⁴, facilitando realizar la atención y tratamientos indicados para la rehabilitación del

⁵⁴ Este servicio es brindado por licitación otorgada al Hotel Aramaya.

beneficiario. El alojamiento puede ser de pensión completa o de media pensión y el costo es diferencial para los menores de cinco años. En los casos en que, por la duración del viaje o por otros factores, los usuarios del Interior no hacen uso de las instalaciones del hotel, se ofrece un servicio de alimentación⁵⁵

En el cuadro siguiente se presentan las prestaciones por alojamiento y por servicios de alimentación para pacientes y acompañantes.

Cuadro 23

Cantidad de alojamientos y servicios de alimentación. Período 2011 a 2016.

	Alojamiento	Servicios de Alimentación
2011	21.391	32.529
2012	13.100	25.792
2013	9.284	21.046
2014	7.380	22.249
2015	7.542	24.173
2016	6.583	25.096

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS – Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

Entre los años 2011 y 2016, se observan descensos en ambas prestaciones. Con respecto a alojamiento, el período comienza con 21.391 prestaciones y finaliza en 2016 con 6.583. Con respecto al servicio de alimentación, en 2011 se registran 32.529 bandejas de alimentación mientras que en 2016 se cuentan 25.096.

Las **internaciones** que no se pueden atender en el BPS, se realizan en otras instituciones con las que el organismo tiene convenio. En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de internaciones en sanatorios externos. Las internaciones descienden desde 806 al comienzo del período hasta la cantidad de 223 en el año 2016.

⁵⁵ Por R.D. N° 19-52/2010 de 07/07/2010 se contrata un servicio de suministros de alimentos de la firma FEDIR S.A. – DELIBEST, mediante licitación pública correspondiente.

Cuadro 24

Cantidad de internaciones en sanatorios y partes quirúrgicos. Período 2011 a 2016.

	Internaciones
2011	806
2012	429
2013	262
2014	328
2015	244
2016	223

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS – Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

Los actos quirúrgicos que se realizan tanto dentro de la Institución como en sanatorios contratados, corresponden a **partes quirúrgicos**. Se presenta la cantidad de partes quirúrgicos realizados a las personas beneficiarias.

Cuadro 25

Cantidad de Partes Quirúrgicos. Período 2011 a 2016.

	Partes quirúrgicos
2011	3.825
2012	1.612
2013	985
2014	782
2015	729
2016	574

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

La cantidad de partes quirúrgicos descienden de 3.825 en el año 2011 a 574 en 2016.

Consultas externas a otros servicios de salud. El BPS contrata servicios de salud para lograr una asistencia integral de las personas beneficiarias, tales como procedimientos médicos, análisis clínicos y procedimientos odontológicos. Estas prestaciones contratadas muestran en general un descenso en el período.

Cuadro 26
Cantidad de consultas externas. Período 2011 a 2016.

	Procedimientos Médicos	Análisis Clínicos	Procedimientos Odontológicos
2011	65.048	3.311	3.656
2012	53.247	2.569	3.344
2013	45.282	1.562	3.634
2014	31.445	3.893	1.206
2015	26.995	3.707	1.250
2016	24.011	1.094	3.687

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

Los procedimientos médicos son los mayormente utilizados; comienza el período con 65.048 prestaciones, las que descienden a 24.011 en el año 2016. Los análisis clínicos presentan oscilaciones y en el año 2016 desciende a 1.094 prestaciones. Los procedimientos odontológicos mantienen en general una cantidad de algo más de 3.500 prestaciones por año.

Prótesis, órtesis. Este tipo de prestación complementaria procura la rehabilitación de los usuarios. Comprende aparatos ortopédicos, audífonos, odontología y ortodoncia, sillas de ruedas, respiradores, ópticas, etc. De estas prestaciones, las referidas a órtesis son las más requeridas. En el total, se observa que las cantidades presentan un incremento, terminando el período con 2.251 prestaciones.

Cuadro 27
Cantidad prestaciones para prótesis y órtesis. Período 2011 a 2016

	Prótesis	Órtesis	Total
2011	54	1.281	1.335
2012	47	1.386	1.433
2013	39	1.472	1.511
2014	35	949	984
2015	50	1.787	1.837
2016	---	---	2.251

Fuente: Elaborado a partir de información de la Dirección Técnica de Prestaciones - Gerencia Prestaciones de Salud del BPS - Sistemas y Procesos.

Nota: Los datos corresponden a órdenes de trabajos externos (OTES) expedidas por Prestaciones de Salud.

En esta línea de prestaciones, es importante destacar que el BPS integra el Fondo Nacional de Recursos y por esta vía se consideran aquellas situaciones de beneficiarios del Programa de Atención de Malformaciones Congénitas del Organismo.

3.4.3 Ayudas técnicas

Las ayudas en general (técnicas y personales) son necesarias para la autonomía de las personas con discapacidad. Permiten la realización de las actividades de la vida diaria y

también posibilitan la comunicación como forma de participar de la vida en sociedad. Por ayudas técnicas se entiende: “instrumentos que facilitan la independencia de las personas y el desarrollo personal” (Portal Discapacidad en Uruguay)⁵⁶.

En lo que tiene que ver con las ayudas técnicas el BPS en el 2007 aprobó el proyecto de convenio⁵⁷ con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), a efectos de implementar actividades de formación y capacitación, en el marco de la propuesta que desarrolla el Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT)^{58 59}.

El CIAPAT es un centro de referencia que surge con el fin de favorecer la autonomía personal, la accesibilidad y el uso de ayudas técnicas para las personas mayores, personas con discapacidad o en situación de dependencia, permanente y transitoria⁶⁰.

Por otra parte cabe destacar, que el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT), ha adoptado en octubre/2012 la norma internacional ISO 9999:2011 titulada Productos de Apoyo para Personas con Discapacidad - Clasificación y Terminología⁶¹. Los productos de apoyo (incluyendo software) se clasifican de acuerdo a su función. Se define Productos de Apoyo como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software), fabricado especialmente o generalmente disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación⁶².

Asimismo, por RD N° 31-3/2013 de 25/09/2013, fueron designados funcionarios arquitectos como representantes del BPS ante el Comité Especializado de Accesibilidad de la UNIT, a los efectos de concluir el estudio de la norma ISO 21542. La misma fue adoptada en diciembre de 2013 como norma nacional y conlleva una importante repercusión social; contiene requisitos y recomendaciones relativas a las características del entorno externo, que directamente están relacionadas con el acceso a un edificio o un conjunto de ellos. El BPS se encuentra actualizado respecto de las Normas Técnicas de UNIT, al mantener un convenio con este Instituto, propiciando la coordinación y el conocimiento a tiempo real de las nuevas normativas, facilitando su correspondiente aplicación.

En relación a las tecnologías de apoyo de acceso a la computadora, por R.D. 39-40/2013 de 27/11/2013, se aprueba el Convenio BPS–ANTEL. El objeto del convenio es establecer el marco de cooperación entre las partes, con el objetivo de impulsar aplicaciones tecnológicas y en particular de telecomunicaciones que contribuyan en la habilitación,

⁵⁶ <http://www.discapacidaduruguay.org/>

⁵⁷ Resolución de Directorio N° 28-11/2007 de 22/08/2007 – Proyecto Convenio “Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas – CIAPAT.

⁵⁸ La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), ha creado un Centro Tecnológico para favorecer la Autonomía Personal de los Adultos Mayores y/o de las Personas con diferentes discapacidades de los países Iberoamericanos: Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT). Cuenta con la asistencia técnica y colaboración del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) perteneciente al Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO- de España.

⁵⁹ El CIAPAT al fijar su sede en Buenos Aires, Argentina y en el ámbito de la OISS, puede extender una Sub – Sede a las instituciones miembros de la OISS. En este sentido, la OISS reconoce a nuestro Organismo como sede nacional del CIAPAT en Uruguay.

⁶⁰ Comentarios de Seguridad Social N° 31 – Abril/Julio 2011 – Asesoría General en Seguridad Social del BPS – Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes – segunda parte Revisión de Programas y Servicios de algunas países de América, Asia y Europa. Soc. Leticia Pugliese.

⁶¹ Disponible en páginas web: <http://www.unit.org.uy/catalogo/detalle.php?idC=100000464>

⁶² Comentarios de Seguridad Social, N° 30, Enero - Marzo 2011. *Personas Mayores en Uruguay con Limitaciones Permanentes o en Situación de Discapacidad. Segunda Parte: perspectiva de género y evaluación de necesidades de ayudas técnicas y de cuidados* de Lic. T.S. Inés Núñez.

rehabilitación y mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, así como también que contribuyan a su inserción social⁶³.

A través de dicho convenio se busca lograr el acceso a la tecnología y a la información que brinda Internet, de los sectores más vulnerables de la sociedad debido a discapacidades físicas que afectan a personas de bajos recursos económicos.

Para ello el BPS dispone de parte de su parque de computadoras en desuso, las cuales son recicladas por Antel en su Centro de Reciclaje del Proyecto Antel Integra, para ser distribuidas entre aquellas personas usuarias del CRENADECER⁶⁴ y que son atendidas en el CATA (Centro de Acceso a tecnologías de apoyo).

Población destinataria de las ayudas técnicas

En el plano de las ayudas en general el BPS provee de apoyos tales como prótesis y órtesis a diferentes grupos de población beneficiaria del organismo (además de los descriptos para la población que se atiende en la UDT), que se detallan a continuación.

Prótesis y Lentes para población activa. A fin de promover la rehabilitación personal y la participación en actividades sociales y económicas a personas con discapacidad el BPS cuenta con un servicio que organiza y provee de insumos ortopédicos⁶⁵.

La Comisión Asesora para la Prestación Ortoprotésica – C.A.P.O.⁶⁶ tiene entre sus cometidos la actualización del Catálogo mediante la inclusión de nuevos productos, modificación de los ya incluidos o su exclusión; determinación de las condiciones de calidad, precio y renovación de aquellos productos incluidos en el Catálogo e implementación de medidas para la mejora de la prestación ortoprotésica, cumpliendo con las normas y estándares de calidad certificadas por el Laboratorio Tecnológico del Uruguay- LATU - y por las Normas Internacionales ISO, CEE y otras las correspondientes en esta área.

Los trabajadores activos con aportación industria y comercio, rural y servicio doméstico, así como los que estén en usufructo de los subsidios por enfermedad, desempleo o maternidad, con afiliación mutual vigentes, se les otorgan prótesis y órtesis en forma integral y sin costo⁶⁷.

De acuerdo a los acuerdos firmados en diciembre de 2015 entre los Representantes del Ministerio de Economía y Finanzas, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), de la Oficina Nacional del Servicio Civil, y los representantes de los Sindicatos de la Enseñanza Pública y de la Mesa Sindical Coordinadora de Entes, por R.D. N° 5-1/2016 de 02/03/2016, se otorga los beneficios de prótesis, órtesis y lentes que brinda

⁶³ http://srvs064:40116/Jurisprudencia_html/39-40-2013.html

⁶⁴ Área de Tecnología de Apoyo – C-ATA - <http://www.bps.gub.uy/bps/file/10210/2/crenadecer.pdf>

⁶⁵ Comisión Asesora para la Prestación Ortoprotésica (C.A.P.O.)

⁶⁶ Creada por R.D. N° 33-10/2002 de 02/10/2002

⁶⁷ <http://www.bps.gub.uy/10264/contribucion-para-protesis-y-ortesis.html>

el Banco de Previsión Social, a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública y de las Empresas Públicas⁶⁸.

En el cuadro que sigue se presenta la cantidad de lentes y prótesis otorgadas desde el año 2005 a 2016.

Cuadro 28

Lentes y Prótesis otorgados a la población activa beneficiaria del BPS y su distribución por zona geográfica. Años seleccionados

	Lentes				Prótesis				
	Tot. País	Mvdeo.	Int.	Total	Tot. País	Mvdeo.	Int.	Total	
2005	70.646	---	---	---	8.767	---	---	---	
2008	96.146	51,1	48,9	100,0	19.392	39,7	60,3	100,0	
2009	95.649	50,4	49,6	100,0	23.643	38,4	61,6	100,0	
2010	95.581	50,3	49,7	100,0	26.989	37,8	62,2	100,0	
2011	103.611	50,8	49,2	100,0	30.268	40,3	59,7	100,0	
2012	107.715	51,4	48,6	100,0	31.267	41,2	58,8	100,0	
2013	109.481	51,0	49,0	100,0	33.276	40,7	59,3	100,0	
2014	112.703	50,5	49,5	100,0	31.603	42,9	57,1	100,0	
2015	109.267	50,3	49,7	100,0	32.171	44,2	55,8	100,0	
2016	127.220	25,9	46,5*	27,6	100,0	31.819	43,3	56,7	100,0

Fuente: BPS – AGSS – Asesoría Económica y Actuarial – Banco de Datos

*Tramite realizado por páginas web

En el período seleccionado la categoría lentes cuenta con un registro mayor en relación a prótesis otorgadas, siendo este producto de apoyo el más requerido entre los trabajadores. El beneficio para lentes se incrementa gradualmente en dicho período, siendo el año 2016 donde se registra la mayor cantidad: 127.220 lentes. Este aumento se debe al ingreso de nuevos colectivos según lo mencionado anteriormente. De la lectura por zona geográfica se observa en el período, un uso parejo entre Montevideo e Interior. A mediados del año 2016 comienza una nueva modalidad de gestión, la cual implica la tramitación de esta prestación a través del sistema informático (páginas web); los beneficios de lentes se gestionan por esta modalidad en un 46,5%.

El beneficio para prótesis presenta incrementos hasta el año 2013, a partir del cual disminuye con 31.819 prótesis en 2016. La estructura por zona geográfica muestra que el interior representa el mayor porcentaje; comienza el período rondando el 60% y luego desciende representando el 57% en 2016.

Prótesis, lentes y tratamientos odontológicos para jubilados y pensionistas. Se brindan préstamos a jubilados y pensionistas para financiar tratamientos odontológicos, prótesis en general, órtesis, lentes, audífonos y similares. La finalidad es contribuir a que los beneficiarios puedan acceder a una mejor calidad de vida, a través de un trámite sencillo y pagadero en un cómodo sistema de cuotas con la tasa de interés más baja del mercado.

⁶⁸ Los organismos incluidos son: Instituto Nacional de Colonización, UTE, OSE, ANCAP, ANP, ANTEL, AFE, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, ANEP, Consejo de Formación en Educación, Consejo de Educación Inicial y Primaria, Correo Uruguayo.

⁶⁸ Comprendiendo también a funcionarios del BPS.

Por R.D. Nº 15-2/2009 de 13/05/2009 se dispone elevar el tope máximo de ingresos para acceder al sistema de prótesis a 15 BPC, correspondiendo a un equivalente de \$ 45780 en 2015, Comprende a jubilados, pensionistas de sobrevivencia, subsidios transitorios por incapacidad parcial, pensiones graciables, pensiones de vejez e invalidez, asistencia a la vejez y pensiones especiales reparadoras⁶⁹.

En R.D. 37-27/2009 de 11/11/2009 se aprueba la nueva versión del Reglamento de Préstamos para Prótesis, Órtesis y Similares a los afiliados de la seguridad social del BPS. Entre otros aspectos se plantea que el tope máximo y absoluto del préstamo es de 40 BPC, equivalentes a \$ 122. 080 en 2015. Los préstamos son exclusivamente para el fin determinado, por lo tanto no se entrega dinero en efectivo, sino que el BPS gestiona directamente con quien preste el servicio y provea la prótesis⁷⁰. Por ello, se debe aprobar un convenio con las entidades prestatarias de determinados productos sanitarios.

En los siguientes cuadros se presentan datos desde mayo del año 2008 al año 2016, teniendo en cuenta que cubre el período de inicio de este programa hasta la actualidad. Se realiza apertura por zona geográfica y sexo.

Cuadro 29

Cantidad y monto de préstamos a valores constantes (1) otorgados a pasivos para rehabilitación. Total país y zona geográfica.

	Total		Personas (en %)			Importes (en %)		
	Personas	Importes	Montevideo	Interior	Total	Montevideo	Interior	Total
2008 (2)	5.142	55.465.517	32,7	67,3	100,0	37,2	62,8	100,0
2009	7.254	80.468.749	27,8	72,2	100,0	34,2	65,8	100,0
2010	7.445	84.093.619	26,2	73,8	100,0	32,4	67,6	100,0
2011	8.036	89.408.923	26,5	73,5	100,0	33,1	66,9	100,0
2012	8.319	94.252.471	26,1	73,9	100,0	30,9	69,1	100,0
2013	9.533	108.256.867	28,3	71,7	100,0	34,9	65,1	100,0
2014	10.223	114.042.528	29,3	70,7	100,0	35,1	64,9	100,0
2015	10.442	112.942.563	29,6	70,4	100,0	35,0	65,0	100,0
2016	10.923	113.248.773	26,4	73,6	100,0	31,3	68,7	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición Finanzas - BPS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2016.

(2) a partir del 19 de mayo de 2008.

Desde la vigencia del beneficio a la fecha se registra un incremento en la cantidad de préstamos concedidos. En el año 2016 se otorgaron préstamos para financiar prótesis,

⁶⁹ Comprendiendo también a funcionarios del BPS.

⁷⁰ El Reglamento se fundamenta en la ley 15.800 de 17/01/1986, sus modificativas y concordantes que facultan al Organismo a conceder préstamos amortizables a sus afiliados quedando autorizado para fijar las condiciones de los mismos y las retenciones que correspondan, propender a la rehabilitación psicofísica e integración social de los colectivos amparados; y a convenir con otras entidades el suministro de bienes y servicios a sus afiliados, con la finalidad de complementar las prestaciones del sistema.

órtesis y similares por un monto de 113 millones de pesos, a un total de 10.923 personas. Casi tres cuartas partes de los préstamos se otorgan a beneficiarios del Interior del país, lo que corresponde al 69% del total del financiamiento.

Mayoritariamente los préstamos se destinan a la compra de instrumentos ópticos. En promedio, en 2016 el 82% de beneficiarios solicitó el préstamo para óptica, el 10,3% para ortopedia y el 7,7% para odontología. En cuanto a los montos se destinó el 70,0% a óptica, el 19,3% a ortopedia y el 10,7% para servicio odontológico.

Cuadro 30

Distribución por tipo de proveedor de la cantidad y monto de préstamos otorgados a pasivos para rehabilitación. Total país (En porcentajes)

	Personas				Importes			
	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total
2008 (1)	20,9	69,4	9,7	100,0	26,3	51,8	22,0	100,0
2009	15,8	71,8	12,4	100,0	20,2	54,3	25,5	100,0
2010	12,1	74,0	13,9	100,0	15,8	57,7	26,4	100,0
2011	12,5	74,2	13,3	100,0	15,9	58,1	26,0	100,0
2012	11,9	74,5	13,7	100,0	15,0	59,8	25,1	100,0
2013	9,5	76,9	13,6	100,0	12,2	64,1	23,7	100,0
2014	9,1	78,6	12,3	100,0	11,8	67,0	21,2	100,0
2015	8,1	80,8	11,1	100,0	10,5	68,2	21,3	100,0
2016	7,7	82,0	10,3	100,0	10,7	70,0	19,3	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición Finanzas - BPS. (1) a partir del 19 de mayo de 2008.

El siguiente cuadro muestra que en el año 2016, del total de 10.923 solicitudes para financiar ayudas técnicas, 6.917 (63,3%) han sido tramitados por mujeres. La estructura de los importes por sexo es similar a la estructura de prestatarios por sexo, la mayor parte de los préstamos son solicitados por mujeres.

Cuadro 31

Cantidad y monto de préstamos a valores constantes (1), otorgados a pasivos para rehabilitación por sexo. Total país

	Personas			Importes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2008 (2)	1.675	3.467	5.142	17.821.162	37.644.354	55.465.517
2009	2.462	4.792	7.254	27.471.305	52.997.443	80.468.749
2010	2.451	4.994	7.445	28.151.161	55.942.458	84.093.619
2011	2.684	5.352	8.036	29.178.603	60.230.319	89.408.923
2012	2.963	5.356	8.319	34.147.403	60.105.069	94.252.471
2013	3.351	6.182	9.533	38.389.010	69.867.857	108.256.867
2014	3.593	6.630	10.223	40.487.965	73.554.562	114.042.528
2015	3.666	6.776	10.442	39.785.211	73.157.351	112.942.563
2016	4.006	6.917	10.923	41.391.12	71.857.645	113.248.773
	Estructura (en %)			Estructura (en %)		
2008 (2)	32,6	67,4	100,0	32,1	67,9	100,0
2009	33,9	66,1	100,0	34,1	65,9	100,0
2010	32,9	67,1	100,0	33,5	66,5	100,0
2011	33,4	66,6	100,0	32,6	67,4	100,0
2012	35,6	64,4	100,0	36,2	63,8	100,0
2013	35,2	64,8	100,0	35,5	64,5	100,0
2014	35,1	64,9	100,0	35,5	64,5	100,0
2015	35,1	64,9	100,0	35,2	64,8	100,0
2016	36,7	63,3	100,0	36,5	63,5	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición Finanzas- BPS.

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2016.

(2) A partir del 19 de mayo de 2008.

El cuadro que sigue muestra la distribución de los préstamos según el destino de los mismos, para hombres y mujeres. El mayor porcentaje se destina a cubrir necesidades ópticas tanto en solicitudes de hombres como de mujeres.

Cuadro 32

**Distribución del monto de préstamos otorgados a pasivos por sexo y tipo de proveedor. Total país
 (En porcentajes)**

	Hombres				Mujeres			
	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total	Odontólogo	Óptica	Ortopedia	Total
2008 (1)	26,9	50,7	22,4	100,0	26,0	52,2	21,8	100,0
2009	18,3	53,0	28,7	100,0	21,1	55,0	23,8	100,0
2010	15,3	55,1	29,7	100,0	16,1	59,1	24,8	100,0
2011	16,1	56,9	27,0	100,0	15,8	58,7	25,5	100,0
2012	13,4	59,0	27,6	100,0	15,9	60,4	23,7	100,0
2013	11,4	63,3	25,3	100,0	12,7	64,6	22,7	100,0
2014	12,1	67,3	20,6	100,0	11,6	66,9	21,6	100,0
2015	10,1	69,0	21,0	100,0	10,7	67,8	21,5	100,0
2016	9,3	70,2	20,5	100,0	11,5	69,9	18,6	100,0

Fuente: Elaborado a partir de datos de la Unidad Control de Pagos y Cobros. Repartición Finanzas - BPS.

(1) a partir del 19 de mayo de 2008.

3.5 Reconversión Laboral

La población activa cuenta con la posibilidad de acceder a reconversión laboral en caso de:

- Ser beneficiaria de seguros sociales por enfermedad portadora de patologías crónicas y en goce de licencia médica prolongada;
- Ser beneficiaria de subsidios transitorios por incapacidad parcial para su tarea habitual.

Durante el período 1996 al 2006 el Área de Medicina Laboral del BPS desarrolló un Programa de Orientación Profesional, suscribiendo en esa oportunidad, convenio de coordinación de acciones con la Junta Nacional de Empleo (JUNAE) (MTSS), en el marco del Programa de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad (PROCLADIS)⁷¹.

En el año 2008, a partir de la creación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP)⁷², se abre una nueva etapa de coordinación entre el MTSS y el BPS, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y buscar alternativas de inserción laboral a trabajadores amparados al BPS con licencias médicas prolongadas, o percibiendo subsidios transitorios.

En este sentido, en el mes de julio de 2012 se firmó el proyecto de convenio entre BPS e INEFOP (RD N° 20-7/2012), a los efectos de: a) promover en forma conjunta las acciones tendientes a proporcionar a la población objetivo, los instrumentos adecuados, facilitando su reubicación y reinserción laboral y b) propiciar el desarrollo de instancias de información, divulgación y campañas de concientización, a efectos de lograr una mayor sensibilización del sector público y privado con respecto a los alcances de esta temática.

⁷¹ Consiste en un Programa de capacitación e inserción laboral para personas con Discapacidad, actualmente en el marco del desarrollo de políticas activas de empleo de INEFOP.

⁷² Creado por ley 18.406 de 24 de octubre de 2008, como una persona pública no estatal. Se integra en forma tripartita y tiene como principal cometido ejecutar políticas de formación profesional y fortalecimiento del empleo de los trabajadores y trabajadoras del Uruguay.

El objetivo es capacitar a esta población según su capacidad remanente a través de cursos “generales” o “a medida” otorgados por INEFOP, según la necesidad y la oportunidad de reubicación en la empresa, o para su futura reinserción laboral en el mercado de trabajo.

En Gerencia de Salud Sector Salud Ocupacional un equipo técnico multidisciplinario evalúa a los trabajadores beneficiarios que se encuentran dentro de la población objetivo, con el fin de orientar según capacidad remanente, motivación e interés, aptitud para el trabajo y valoración de los cursos que puedan realizar. Luego de dicha evaluación, los trabajadores son derivados a INEFOP a los efectos de su capacitación.

Asimismo la Gerencia de Salud realiza actividades de asesoramiento en reubicaciones laborales, tales como:

- Estudios de puestos de trabajo en trabajadores con certificaciones médicas prolongadas, orientados al diagnóstico de enfermedades ocupacionales y la valoración de aptitud para la tarea, así como la gestión de reubicaciones laborales o adecuación de tareas en los casos que corresponda.
- Asesoramiento sobre riesgos laborales en trabajadoras cursando embarazo o en período de lactancia y gestión de reubicación en caso que la actividad pudiera afectar la salud de la progenitora o hijo/a (ley 17.215 de 24/09/1999).

3.6 Operaciones de ojos

El Programa “Misión Milagro” es un emprendimiento humanitario de cooperación de los gobiernos de Cuba y Venezuela a nivel de América Latina, que colabora con médicos y equipos sanitarios de reconocido prestigio internacional para realizar intervenciones quirúrgicas oftalmológicas.

Nuestro país se incorpora al programa en octubre del año 2005, viajando a Cuba los primeros pacientes uruguayos para operarse y rehabilitarse.

Posteriormente se implementa el programa Hospital de Ojos “José Martí”, con la finalidad de combatir la ceguera evitable, en especial por cataratas. Uruguay aporta la estructura edilicia y recursos humanos y Cuba la tecnología y el personal capacitado, a fin de dar solución a las necesidades de los usuarios con bajos recursos, siendo de alcance nacional e inaugurado el 29 de noviembre de 2007 en uno de los pabellones existentes en el Hospital Saint Bois.

El 29 de julio de 2008, por convenio entre MIDES, ASSE y BPS, se suscribió un convenio denominado “Tará Prado” con el objetivo de que el edificio del mismo nombre, propiedad de BPS, se destinara al alojamiento transitorio de pacientes usuarios de ASSE y usuarios incluidos en el convenio MIDES – BPS - ASSE residentes en el interior del país y que no tuvieran alojamiento en la capital.

Inicialmente accedieron a la atención integral en el Hospital de Ojos por patologías que determinan ceguera reversible quirúrgicamente (cataratas pterigium), los adultos mayores jubilados y pensionistas que percibían ingresos jubilatorios menores a 10 BPC (\$ 30.520 a 01/01/2015)). Posteriormente, por convenio, accedieron personas que se atienden en ASSE; funcionarios de UCOT cuyo sueldo era inferior a 5 BPC (equivalentes a \$15.260 a 01/01/2015), incluyendo padres e hijos de estos funcionarios y personas que se atendían

en el Hospital Policial. Entre los años 2008 y 2009 por convenio⁷³ accedieron los trabajadores por la cuenta y pequeños empresarios con ingresos de hasta 5 BPC, trabajadores de menores recursos (cooperativistas sociales del MIDES, productores rurales familiares registrados en el MGAP, monotributistas, integrantes de empresas unipersonales que no aportan IVA y trabajadoras del servicio doméstico).

En el año 2012 el MSP y el BPS formalizaron el acuerdo sobre la continuación de la cobertura de patologías oftalmológicas. En la permanencia de este programa BPS continúa colaborado económicamente para que se mantenga esta actividad que ha permitido elevar la calidad de vida de muchos uruguayos.

En agosto de 2014, en la sala Adela Reta del SODRE se realizó un acto público de muy alta concurrencia donde se celebró el logro de la operación 50.000.

Por convenio MIDES-ASSE-BPS (R.D. Nº 42-21/2013), habiendo evaluado por las partes involucradas la experiencia de colaboración recíproca entre las Instituciones del Estado como altamente positiva, se entiende necesaria la reformulación del convenio de 29/07/2008 con una nueva estrategia dirigida a implementar acciones que logren resultados aún más eficientes.

El propósito del nuevo convenio, consiste en brindar atención y cuidados transitorios a pacientes operados en el Hospital de Ojos (a través de ASSE), que residan en el interior del país, a usuarios de BPS, pacientes del DEMEQUI residentes en el interior del país que requieran permanencia en Montevideo para su tratamiento, así como beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales de dicho organismo que requieran cuidados transitorios. Asimismo, se incluyen personas que según el MIDES se encuentren en situación de extrema vulnerabilidad biopsicosocial, con alta hospitalaria y posibilidades de recuperación así como otras situaciones especiales que dicho organismo considere y que ameriten cuidados transitorios.

Al año 2015 y desde la creación del programa se han concretado alrededor de 200 mil pesquisas, en las que se determinan la salud ocular de las personas y la eventual necesidad de atención en diversas patologías. Se han logrado 60 mil operaciones efectivas –la mayoría de ellas de catarata, además de otras- fundamentalmente por parte de la Brigada Cubana, con aporte de profesionales uruguayos. En agosto de 2014, en la sala Adela Reta del SODRE se realizó un acto público de muy alta concurrencia donde se celebró el logro de la operación 50.000.

4. Servicios Sociales para Personas con Discapacidad

Los servicios sociales están integrados dentro del marco normativo de la seguridad social, siendo una herramienta válida y efectiva en la instrumentación de prestaciones para las poblaciones más vulnerables. Constituyen un sistema de prevención y satisfacción de necesidades tendientes a atenuar las consecuencias que producen las inequidades sociales.

La articulación de programas de servicios sociales facilita el cumplimiento de los fines de la Seguridad Social orientados al desarrollo y la promoción del ser humano, a la integración social de las personas marginadas y a la priorización de actuaciones dirigidas a los sectores más vulnerables de la población⁷⁴.

⁷³ Resolución de Directorio 41-37/2011 de 14/12/2011- Convenio MSP –BPS-ASSE.

⁷⁴ Código Iberoamericano de Seguridad Social - Principios Fundamentales - Art. 10, Numeral 3.

El Área Prestaciones Sociales basa su gestión procurando complementar la protección básica del sistema de Seguridad Social y promoviendo a través de distintos programas y proyectos un envejecimiento saludable y productivo de las personas mayores, así como la integración social de las personas con discapacidad; procurando optimizar los recursos de la sociedad civil en todo su conjunto. Con esta estrategia de trabajo se valoran las ventajas de la coordinación del Estado con las organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro y adheridas a los referidos programas, a fin de coordinar esfuerzos para las poblaciones objetivo⁷⁵.

4.1 Programa Apoyo a Organizaciones Civiles sin fines de lucro

El Programa de Apoyo a Organizaciones Civiles sin fines de lucro que desarrolla Prestaciones Sociales del BPS^{76 77}, brinda beneficios sociales a instituciones que atienden a personas con discapacidad. El programa se propone los siguientes objetivos generales:

- Favorecer el desarrollo de la Sociedad Civil Organizada, con el fin de promover la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Optimizar la capacidad de autogestión de las organizaciones privadas sin fines de lucro, adheridas a los programas sociales del BPS.

Para ello se propone los siguientes objetivos específicos:

- Procurar la integración social y laboral de las personas con discapacidad, propiciando la mayor participación posible en la educación.
- Promover una efectiva equiparación de oportunidades y eliminación de barreras arquitectónicas.

Los beneficios se otorgan a las asociaciones civiles sin fines de lucro a nivel nacional, adheridas por convenio al BPS, que prestan servicios sociales a personas con discapacidad. Las instituciones adheridas deben contar con personería jurídica aprobada por el Ministerio de Educación y Cultura y estar registradas como asociación civil sin fines de lucro. El convenio posibilita una colaboración interinstitucional que tiene como finalidad lograr la calidad de vida de los beneficiarios, en este caso las personas con discapacidad.

⁷⁵ En aprobación de Propuesta de Criterios y Requisitos para la Concesión de Apoyos Económicos, RD N° 8-20/2008.

⁷⁶ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales para el Repertorio de Políticas Sociales del MIDES.

⁷⁷ El actual Programa de Apoyo a Organizaciones Civiles sin fines de lucro estuvo denominado como Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada. El inicio del Programa corresponde al año 1990. Normativa que lo comprende: Artículos 9, 10, 11 y 13 de la ley 15.800 de 17 de enero de 1986 y ley 16.095 de 26/10/1989. Actividades principales: a) *Asesoramiento institucional* a través de un equipo multidisciplinario, efectuando orientaciones técnicas en forma sistemática. En este sentido, se realiza una evaluación de los proyectos presentados por las diferentes instituciones, en cuanto a viabilidad, alcance, financiación y puesta en marcha, b) *Capacitación para Dirigentes Voluntarios* de las Instituciones adheridas, apuntando a fortalecer el funcionamiento y organización de las instituciones, y la formación de Coordinadoras regionales y redes sociales, c) *Jornadas Técnicas* para dirigentes voluntarios, con énfasis en las autoridades de las instituciones adheridas para favorecer el desarrollo de organizaciones auto-gestionadas que favorezca su autonomía y desarrollo ciudadano y d) *Apoyos Económicos* a las instituciones en convenio, en condiciones no reintegrables y como contrapartida de presentación de proyectos, requerimientos institucionales y servicios sociales para la población objetivo.

Las asociaciones civiles para discapacidad están conformadas por los Centros Educativos, Centros de Rehabilitación, Taller Terapéutico, Taller de Habilitación Ocupacional, Taller Protegido de Producción, Hogar Internado, Hogar alternativo o permanente, Vivienda Tutelada, entre otros.

Los beneficiarios indirectos están integrados por usuarios de las Instituciones y Dirigentes Voluntarios de estas organizaciones sociales.

En el siguiente cuadro se presenta información sobre cantidad de Instituciones de Discapacidad adheridas al Registro Nacional de Instituciones mediante convenio con el BPS.

Cuadro 33

Organizaciones civiles sin fines de lucro para personas con discapacidad adheridas por convenio al BPS

	Cantidad de instituciones
2005	131
2007	143
2008	145
2009	115
2010	131
2011	171
2012	135
2013	132
2014	140
2015	152
2016	150

Fuente: Prestaciones Sociales del BPS.

Al año 2016 se cuenta con 150 instituciones en convenio que están distribuidas en todo el territorio nacional y representan a las organizaciones que atienden a una diversidad de situaciones y de personas con diferentes discapacidades.

En el marco de las prestaciones sociales los apoyos económicos se han implementado y evolucionado siguiendo la propia dinámica social en base a criterios técnicos y procurando la optimización de los recursos disponibles en la sociedad.

Los apoyos económicos son fondos no reintegrables, estando protocolizado los requisitos, trámites y controles correspondientes en el destino solicitado. En la R.D. Nº 8-20/2008 de 02/04/2008 se aprueban los “Criterios y Requisitos para la Concesión de apoyos económicos por el BPS”⁷⁸. Entre otros aspectos sustanciales se establece como distribuir los fondos⁷⁹.

⁷⁸ En la R.D. Nº 15-8/2008 de 21/05/2008 se aprueba la Reglamentación para concesión de apoyos económicos a instituciones adheridas a los programas sociales del BPS.

⁷⁹ Esta distribución no debe considerarse con carácter fijo e inamovible, sino que los fondos no afectados en un aspecto deben ser empleados para solventar eventuales carencias en otro. El 70% del fondo se prevé para gastos del Programa ADULTOS MAYORES (Hogares de ancianos, Asociaciones y Clubes de Jubilados y Pensionistas, Centros Diurnos y Servicios Externos), Este porcentaje, a su vez, debe desglosarse en: 65% destinado a los apoyos económicos para el Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada de Personas Mayores y para el Programa de Atención Integral de Personas Mayores en Situación de Calle. 5% destinado al fondo abierto a la presentación de Proyectos Sociales que se propone. El 20% a Instituciones de Personas con Discapacidad. El 5% de Reserva General para situaciones de urgencia o fuerza mayor. El 5% está destinado por Convenios Interinstitucionales, Organización de eventos, Cursos de Capacitación, Concursos literarios, fotográficos, de pintura, etc.

En el siguiente cuadro y gráfico se presenta información de los montos anuales que el BPS otorga a las organizaciones civiles de personas con discapacidad y el total de apoyos económicos.

Los apoyos económicos que el BPS brinda por año varían según los requerimientos solicitados. En el año 2016, el 16,8% del total de apoyos se destinaron a instituciones de discapacidad, alcanzando un monto de más de 13 millones de pesos. En el período de estudio se observa que el 2010 fue el año en que se destinó el mayor porcentaje a las instituciones de personas con discapacidad alcanzando un 25,5%.

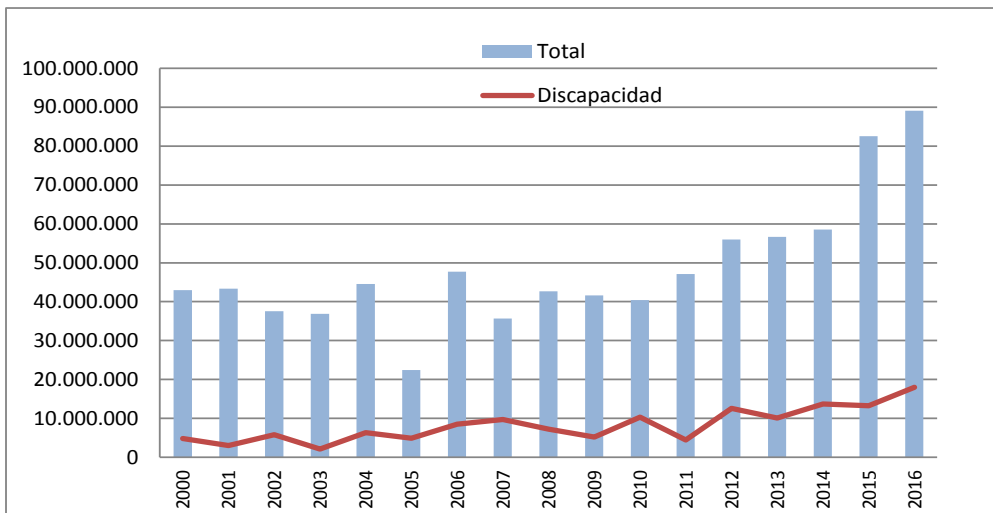
Cuadro 34

Apoyos económicos en pesos constantes (1) otorgados a Organizaciones Civiles sin fines de lucro: Total y a Instituciones de Discapacidad. Años seleccionados

	Total	Discapacidad	%
2000	42.982.753	4.836.316	11,3
2002	37.578.555	5.768.027	15,3
2004	44.529.447	6.307.549	14,2
2006	47.681.793	8.489.408	17,8
2008	42.689.872	7.225.523	16,9
2010	40.415.384	10.319.969	25,5
2012	55.979.634	12.580.983	22,5
2014	58.528.884	13.724.357	23,4
2016	89.092.371	17.980.415	20,2

Fuente: Elaborado a partir de información de Prestaciones Sociales del BPS.
 (1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2016.

Gráfico 1
Apoyos económicos a Organizaciones Civiles sin fines de lucro 2000 – 2016 Gasto anual en pesos constantes (1)



Fuente: Elaborado a partir de información de Prestaciones Sociales del BPS.
 (1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2016.

En el siguiente cuadro se muestra la estructura de los apoyos económicos a Instituciones de Discapacidad por rubro del gasto.

Cuadro 35

Estructura de los apoyos económicos otorgados a Organizaciones Civiles sin fines de lucro de Discapacidad por rubro del gasto. Años seleccionados
(En porcentajes)

	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
2000	7,8	0,0	61,8	0,0	25,1	0,0	3,4	1,9	100,0
2002	0,0	0,0	71,0	0,0	24,6	0,0	0,0	4,4	100,0
2004	0,0	0,0	27,6	30,6	28,3	6,4	5,6	1,6	100,0
2006	7,0	0,0	34,0	35,6	16,2	0,0	4,9	2,2	100,0
2008	0,0	9,3	51,7	24,3	7,6	3,1	4,1	0,0	100,0
2010	0,0	0,0	30,2	24,4	39,4	0,0	3,2	2,8	100,0
2012	0,0	0,0	37,5	29,2	15,0	15,0	1,0	2,2	100,0
2013	0,0	5,4	11,0	13,3	60,0	6,8	1,0	2,5	100,0
2014	0,0	8,8	46,4	9,7	9,8	23,7	1,6	0,0	100,0
2015	16,8	8,6	13,1	29,2	16,3	12,6	3,4	0,0	100,0
2016	0,0	8,9	40,8	7,9	41,9	0,0	0,5	0,0	100,0

Fuente: Elaborado a partir de información de Prestaciones Sociales del BPS.

Referencias:

1. Adquisición inmueble
2. Adquisición vehículo
3. Equipamiento
4. Construcción
5. Reforma y/o ampliación
6. Mantenimiento
7. Eventos
8. Otros

Los fondos pueden ser destinados para la adquisición de inmueble, vehículo, equipamiento, construcción, reforma y/o ampliación, mantenimiento, eventos y otros. Se observa para el año 2015 que “Construcción” y “Adquisición de Inmueble” son los rubros en los cuales, se destinan mayoritariamente los apoyos brindados.

4.2 Programa de Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales

En el Programa Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas de sobrevivencia o viudez del BPS^{80 81} se contempla la situación de discapacidad en varios momentos. Se releva la misma en la etapa de inscripción a través de la aplicación del baremo social para la adjudicación de soluciones habitacionales⁸². Se considera como prioridad a las personas que padecen alguna enfermedad invalidante, en la etapa de

⁸⁰ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁸¹ El Programa de Vivienda se inicia en 1987 y está dirigido a los jubilados y pensionistas del BPS. El objetivo es mejorar la situación habitacional y calidad de vida de jubilados y pensionistas de menores recursos, que perciban entre 12 y 24 Unidades Reajustables (a diciembre de 2013 el valor de la UR es de \$ 677,49). El BPS realiza la inscripción, selección, demanda y adjudicación de las soluciones habitacionales. Asimismo tiene a su cargo la administración, mantenimiento y conservación de las mismas. Al MVOTMA le compete la ejecución y supervisión de la construcción de las unidades habitacionales.

⁸² R.D Nº 46-32/2006 del 20/12/2006.

selección y al momento de la adjudicación, buscando que el tipo de solución habitacional se adecue a las circunstancias de discapacidad del beneficiario.

Los beneficiarios del programa cuentan con Viviendas en usufructo y Subsidio de Alquiler para jubilados y pensionistas autoválidos y Cupo cama en Hogares de Ancianos⁸³ en convenio con el BPS para los beneficiarios no autoválidos. Estas dos últimas soluciones habitacionales⁸⁴ se propusieron en el marco del Programa como otras alternativas de vivienda a fin de contemplar las necesidades y requerimientos de las personas mayores beneficiarias del programa. Se comenzaron a otorgar a partir del año 2007.

El Programa de Vivienda y otras Soluciones Habitacionales del BPS tiene un Registro Nacional de Aspirantes y una Nómina de Beneficiarios a nivel de todo el país. En el cuadro 35 se presenta información sobre la distribución de aspirantes por situación de discapacidad.

Cuadro 36

Cantidad de aspirantes a Soluciones Habitacionales por tipo de discapacidad. Años seleccionados – Cifra a diciembre de cada año.

	Jubilación ITT	Trámite ITT	Oncológicos	Total
Aspirantes				
2000	218	33	2	253
2004	192	24	11	227
2008	142	23	15	180
2009	195	13	12	220
2010	295	19	14	328
2011	306	11	10	327
2012	298	3	12	313
2013	342	7	0	349
2014	223	9	4	336
2015	357	3	6	366
2016	347	2	7	356

Fuente: Centro Servicio Desarrollo de Prestaciones - Prestaciones Sociales del BPS. Informe de fecha 23/12/2016.

Nota: Jubilación ITT: contiene la cifra de personas en estado de aspirante con jubilación por incapacidad física total para toda tarea. Trámite ITT: contiene la cifra de personas que se inscribieron para una solución habitacional y que tenían una jubilación por incapacidad en trámite. Oncológicos: contiene cifras de personas que se inscribieron para una solución habitacional, que tenían una jubilación o pensión ya otorgada, pero que además presentaron documentación acreditando la enfermedad que padecen.

De los Aspirantes al Programa de Vivienda que al momento de la inscripción cuentan con alguna situación de discapacidad, se observa que desde el año 2010 a la fecha se registra un aumento de solicitudes. Para el año 2015 se plantea el mayor dato con 366 trámites, siendo la condición de jubilación por imposibilidad física total para toda tarea, la que presenta mayor cantidad. La enfermedad oncológica es la condición que presenta las cifras

⁸³ Los Hogares de Ancianos son asociaciones civiles sin fines de lucro que prestan servicio de alojamiento, alimentación y cuidados a las personas mayores. Se encuentran adheridas mediante convenio, al Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada.

⁸⁴ Las alternativas de soluciones habitacionales: cupos – camas en Hogares de Ancianos y subsidio alquiler fueron planteadas en la R.D. Nº 32-2/03 de 24/09/2003 y en la R.D. E 1 – 6/04 de 14/06/04.

menores; en el año 2016 se registran 7 trámites. De acuerdo a las normas vigentes los pensionistas por invalidez no tienen derecho a este programa.

El siguiente cuadro muestra información sobre beneficiarios de soluciones habitacionales según tipo de discapacidad.

Cuadro 37

Cantidad de Beneficiarios de Soluciones Habitacionales por tipo de discapacidad – Año 2016

	Mujer	Hombre	Total	%
Imposibilidad Física				
No	4.551	2.071	6.622	98,1
Si	101	29	130	1,9
Total	4.652	2.100	6.752	100,0
Paciente Oncológico				
No	4.574	2.052	6.626	98,1
Si	78	48	126	1,9
Total	4.652	2.100	6.752	100,0

Fuente: Sistema de Información para Vivienda y otras soluciones habitacionales del BPS.

A través del tipo de prestación que recibe el beneficiario⁸⁵ (jubilación por causal incapacidad) y según prescripción médica como paciente oncológico, baremado por las oficinas de salud del BPS, se puede observar qué beneficiarios del programa presentan alguna discapacidad. Del cuadro surge que el 1,9% tiene imposibilidad física y el 1,9% es paciente oncológico. La estructura por sexo muestra que la mujer presenta una proporción mayor tanto en la condición de imposibilidad física (78%) como en la de paciente oncológico (62%).

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios por tipos de soluciones habitacionales.

En el cuadro se puede observar que 78,9% de los beneficios corresponden a la solución de viviendas, un 7,7% a cupo cama en Hogares de Ancianos y un 12,6% a la alternativa de subsidio alquiler.

⁸⁵ En base al padrón de "Aspirantes", se adjudica la solución habitacional, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Inscripción, Selección y adjudicación de Soluciones Habitacionales para Jubilados y Pensionistas. El reglamento establece entre otros, la nómina de aspirantes que accederán a una solución habitacional. La persona es "Adjudicataria" desde la fecha establecida en la Resolución de Directorio hasta la fecha en la que recibe definitivamente la solución habitacional y hace usufructo de la alternativa, pasando de esta forma a ser "Beneficiario" del programa.

Cuadro 38
Cantidad de beneficios por tipos de soluciones habitacionales. Año 2016

Tipo de Solución Habitacional	Mujer	Hombre	Total	%
Vivienda	3.654	1.706	5.360	78,9
Cupo Cama	376	147	523	7,7
Subsidio Alquiler	614	241	855	12,6
Sin Dato	40	17	57	0,8
Total General	4.652	2.100	6.752	100,0

Fuente: Sistema de Información para Vivienda y otras soluciones habitacionales del BPS.

Nota 1: El total general es cantidad de personas con beneficios en el año.

Nota 2: En el correr del año una persona puede haber usufructuado un tipo de solución y ocupar otro. Por ejemplo pasar de una vivienda a un cupo cama, por lo que el porcentaje se calcula sobre las prestaciones utilizadas en ese período.

En el año 2016 se registraron 523 soluciones cupo cama (7,7% del total), las que se destinaron para beneficiarios que no pueden valerse por sí mismos/as lo que posibilita que la población con discapacidad pueda ser atendida en los Hogares de Ancianos en convenio con BPS.

Con relación a la construcción de viviendas para jubilados y pensionistas del BPS, se establece en las Bases Técnicas Generales para la Construcción de Viviendas Agrupadas, que un 15% se destinen para usuarios con discapacidad⁸⁶.

La construcción de las viviendas destinadas a los jubilados y pensionistas del BPS debe cumplir con lo dispuesto en las Normas UNIT relativas a la Accesibilidad al Medio Físico

El Instituto Uruguayo de Normas Técnicas - UNIT mantiene un convenio vigente con el BPS⁸⁷ lo que garantiza que el Organismo se encuentre actualizado respecto a las normas⁸⁸ y su correspondiente aplicación.

Como complemento de la prestación habitacional, la unidad de Prestaciones Sociales del BPS implementa distintos proyectos de carácter preventivo, considerando a grupos de población mayor más vulnerables. En este sentido a través de diferentes convenios internacionales o nacionales se implementan servicios orientados a la calidad de vida de los beneficiarios.

⁸⁶ Se toma como referencia un Pliego de Condiciones Particulares para el Llamado a Licitación Pública Nacional para el Suministro De Terreno, Diseño y Construcción de dos Conjuntos de Hasta 20 Viviendas y Salón de Usos Múltiples (S.U.M.) Cada uno para Pasivos del BPS en las ciudades de Rivera y Tacuarembó Mediante el Sistema Contrato De Obra "Llave En Mano", aplicable al Llamado No. 04/002/10. Sección IV "Bases Técnicas Generales para la construcción de viviendas agrupadas - Numeral 6.1 - Sección 6.1.1 Tipo de Viviendas, Año 2010- http://www.deuruguay.net/ministerio/index.php?option=com_content&view=article&id=9981022:licitacion-publica-no-040022010-construccion-y-suministro-de-dos-conjuntos-de-viviendas-para-pasivos-del-bps-en-las-ciudades-de-rivera-y-tacuarembó&catid=49:licitaciones&Itemid=82

⁸⁷ <http://www.unit.org.uy/acerca/convenios/>

⁸⁸ <http://www.unit.org.uy/normalizacion/normas/acc/>

Servicio de Teleasistencia en los Complejos Habitacionales del BPS

Como forma de tener en cuenta las necesidades de los beneficiarios que residen en la modalidad de vivienda en los Complejos Habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, y a los efectos de atender a los usuarios en etapas de enfermedad, en procesos de rehabilitación y en condiciones de discapacidad, el Servicio de Teleasistencia impacta en la promoción de la autovalidez y en la prevención de dependencia.

El Servicio de Teleasistencia en el BPS se promueve en el marco del convenio con RIICOTEC, habiéndose iniciado en el año 2009 los intercambios técnicos para considerar la viabilidad de creación de este servicio en nuestro país, seleccionando el modelo implantado en España⁸⁹.

La experiencia piloto de un Servicio de Teleasistencia en Uruguay se concreta en un programa de servicios sociales a cargo del BPS, el que se implanta en el año 2014.

Esta primera experiencia se inicia en 219 viviendas de los Complejos Habitacionales. Los usuarios definidos son los jubilados y pensionistas titulares y los cohabitantes autorizados. En el caso de éstos últimos tendrán acceso a un servicio parcial, al no estar prevista la atención del servicio de agenda. En situaciones especiales de personas con discapacidad, con trastornos mentales graves y de audición y/o expresión verbal, se valora su inclusión como usuarios del servicio, mediante evaluación técnica⁹⁰.

Para el funcionamiento de este servicio se instala una línea telefónica fija en el domicilio del usuario, se entrega un teléfono celular con contactos pre fijados para cada usuario, integrado con un botón de pánico para enviar mensajes o llamadas predefinidas⁹¹.

El servicio consiste en el uso de un dispositivo constituido por un pulsador que la persona lleva consigo permanentemente dentro del domicilio, que generalmente puede colgarse del cuello. Al accionar el pulsador se ponen en funcionamiento los mecanismos necesarios para resolver la situación que generó la alarma. Se cuenta con tres o cuatro teléfonos de contacto para comunicarse, en caso de emergencias, con un familiar, con un servicio médico, y la policía, entre otros, desde el propio domicilio.

4.3 Programa de Turismo Social

En el marco del Programa de Turismo Social del BPS^{92 93} se incluyen a las personas con discapacidad beneficiarias de las instituciones adheridas al BPS.

⁸⁹ El BPS tuvo la visita de expertos de Alemania y España, para que informaran cómo funciona el sistema de cuidados en sus respectivos países.

⁹⁰ Proyecto técnico servicio de teleasistencia domiciliaria en Uruguay – BPS – Instituto de Seguridad Social - Dirección Técnica de Prestaciones – Gerencia Prestaciones Sociales.

⁹¹ Informe Técnico para la Implantación del servicio de teleasistencia domiciliaria en Uruguay – Gobierno de España – Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad – IMSERSO – Cruz Roja Española – Marta Franco Gómez – Fernando Andrade Carreño.

⁹² Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁹³ El Programa Turismo Social comenzó en el año 1987 y tenía como fin el de ofrecer ambientes de esparcimiento y satisfacer las necesidades afectivas y recreativas de las personas mayores. Su objetivo inicial se amplió, el que se formula de la siguiente forma: “Brindar a los participantes viajes accesibles con servicios de calidad, que enriquezcan el tiempo libre y contribuyan al desarrollo de las personas”. “Lograr impacto socio cultural y económico en las comunidades locales y generar puestos de trabajo en todo el país, al potenciar recursos que de otra forma estarían inoperantes parte del año”.

En este sentido, las personas con discapacidad pueden usufructuar las estadias vacacionales que incluyen servicios de alojamiento, comida y recreación a costos accesibles.

Las organizaciones civiles sin fines de lucro adheridas al BPS para personas mayores y personas con discapacidad, brindan a sus asociados (afiliados a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, usuarios de Clubes de Tercera Edad, Centros de Rehabilitación, Talleres, entre otros), el servicio de la tramitación para estadias vacacionales ante el BPS, coordinación de locomoción y organización de los aspectos de alimentación.

En el cuadro y gráfico que siguen se presentan estadísticas de las instituciones y personas con discapacidad que usufructuaron la Colonia Raigón⁹⁴.

Cuadro 39

Organizaciones civiles sin fines de lucro de discapacidad y concurrentes al Centro Educativo Raigón. Años seleccionados

	Instituciones	Concurrentes
2000	5	135
2004	9	453
2008	21	830
2009	20	757
2010	21	742
2011	30	896
2012	30	907
2013	24	829
2014	24	737
2015	28	958
2016	26	938

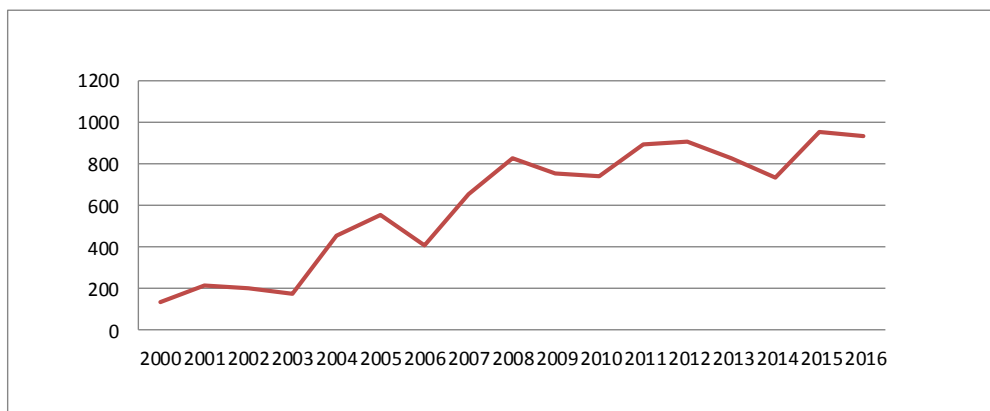
Fuente: Prestaciones Sociales del BPS.

Se observa que a partir del año 2004 se inicia un incremento de participantes con discapacidad, duplicando la cantidad para el año 2008. En el 2015 se alcanza la mayor concurrencia de usuarios.

Se promueven estadias vacacionales en diferentes emplazamientos turísticos del país para los usuarios de las instituciones adheridas a los programas sociales del BPS, siendo fundamental la existencia de costos accesibles. En todos los casos se brinda alojamiento y algunos centros vacacionales también incorporan la alimentación. El BPS cuenta con un Centro propio y a través de convenios con otros organismos públicos e instituciones privadas, completa la oferta de alternativas vacacionales y gestiona el sistema de turismo social, contemplando a las poblaciones de menores recursos que directamente no podrían acceder a estadias vacacionales.

⁹⁴ La Colonia Raigón o Centro Vacacional "Martín O. Machiñena" de la localidad de Raigón en el Departamento de San José posee un entorno natural y ofrece una amplia gama de servicios. Es propiedad del BPS y fue la colonia de vacaciones de Asignaciones Familiares. En los últimos tiempos ha tenido significativos cambios a nivel de infraestructura: piscina cerrada, nuevo gimnasio, salón de eventos, alojamientos existentes remozados y nuevos pequeños alojamientos. La infraestructura recientemente modernizada contempla las normas técnicas de accesibilidad.

Gráfico 2.
Concurrentes con discapacidad al Centro Educativo Raigón 2000 – 2016



Fuente: Prestaciones Sociales del BPS.

5. Determinación de la incapacidad para el acceso a prestaciones

Se encuentran acreditadas ante este Instituto un gran número de discapacidades, las que pueden haber generado o no, derecho a una prestación. Dichas discapacidades están reguladas por un Baremo que contempla los factores clínicos de posibilidad de inserción laboral o curricular y de vulnerabilidad (factores socio-económicos y culturales). Asimismo, existen otros instrumentos para acreditar la discapacidad que son aceptados como válidos por el Organismo, como la declaratoria judicial de incapacidad o la certificación de la misma por el Patronato del Psicópata de acuerdo con la Ley N° 13.711 de 29 de noviembre de 1968⁹⁵.

Cabe anotar que, dentro de los objetivos del Plan Estratégico 2016 – 2020 del BPS, se encuentra el fortalecimiento de los procesos de determinación de la incapacidad laboral y certificación laboral, así como el desarrollo de la seguridad y salud laboral.

5.1 Baremo

“El baremo es una recopilación de normativas para hacer más seguro un trabajo. Hay baremos para determinar ingresos y ascensos en las áreas de recursos humanos de las empresas modernas. El baremo para la valoración del grado de invalidez es la normativa para determinar los grados de las incapacidades laborales”⁹⁶.

Desde una óptica más organizacional se puede apelar a la descripción que realiza el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) perteneciente al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Glosario de Gerontología y Geriatría:

⁹⁵ Extractado de RD 5-21/2008 Acreditación de la condición de discapacidad a los efectos del Art. 64 de la Ley N° 18.211.

⁹⁶ Extraído de la exposición realizada por el Dr. Jorge Mautone en representación del BPS, en la “Jornada sobre Baremos, Comisiones Médicas, Subsidios Transitorios, Jubilaciones y Pensiones por Incapacidad”, realizada el 5/04/2001 ante la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social de la Cámara de Senadores.

“Conjunto de variables que sirven para examinar y valorar las solicitudes dirigidas a la administración para obtener algunos de los servicios o beneficios sociales ofrecidos por ella: plazas en residencias de ancianos, ayuda a domicilio, reconocimiento y declaración del grado de minusvalía, con el propósito de decidir las personas necesitadas del servicio o beneficio social”⁹⁷.

En Uruguay, por Decreto N° 381/998 del 24/12/1998, se aprobó en su artículo 1°, el proyecto de Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (baremo), que fuera elaborado por técnicos del BPS en consulta con las compañías aseguradoras. En el artículo 2° se determinó que con un 66% o más de invalidez se configura incapacidad absoluta para todo trabajo y en el artículo 3° se expresa que el subsidio transitorio por incapacidad parcial se configura con un 50% o más de invalidez, valorándose aquellas incapacidades que incidan en el desempeño del empleo o profesión habitual correspondiente. Además, expresa que el BPS en forma excepcional puede conceder el subsidio a quienes no alcancen el porcentaje requerido siempre que la incapacidad constatada incida en forma determinante y decisiva en la imposibilidad de desempeñar el empleo o profesión habitual.

En el Decreto N° 382/998 de la misma fecha que el anterior, que trata sobre la determinación de incapacidades y Comisiones Técnicas, se establece el procedimiento para determinar la incapacidad. El artículo 1.º se refiere al ámbito objetivo de aplicación, y establece que están comprendidas todas las actividades amparadas por el BPS.

El artículo 23 de este decreto fue modificado por el Decreto N° 193/999 en cuyo considerando I) se expresa: “que el Banco de Previsión Social es el organismo encargado de la puesta en práctica de la normativa aprobada por el Decreto 382/998, y por lo tanto el más indicado para aprobar el Manual de Procedimientos correspondiente”. Por lo tanto el artículo 23 queda redactado de la siguiente forma:

“(Manual de procedimiento). Al Banco de Previsión Social le corresponde aprobar el Manual de Procedimientos y sus modificaciones para la puesta en práctica de las normas de este Decreto”.

A los efectos de ilustrar en lo posible sobre la complejidad del tema se transcribe un párrafo de la intervención del Dr. Jorge Mautone en la Jornada sobre Baremos, Comisiones Médicas, Subsidios Transitorios, Jubilaciones y Pensiones por Incapacidad⁹⁸ “Cabe señalar que las puntuaciones del Baremo y la reglamentación del 50% para la incapacidad en su tarea y el 66% para todo trabajo, a pesar de ser elementos independientes, son factores que actúan como un sistema. Por esta razón, técnicamente es imposible decir que el 66% es mucho o es poco, porque si la puntuación del baremo por una paraplejía fuese del 30%, aquel porcentaje sería altísimo y si, por ejemplo, la puntuación de la pérdida del dedo pulgar se ubicara en el 70%, el 66% sería bajísimo. Es por eso que al considerar las dos variables, todos los países dejan fija la norma legal exigida para la incapacidad y modifican periódicamente el puntaje que acredita el baremo.”

Más adelante en su alocución el Dr. Mautone expresa: “Debemos destacar que al ser difícil llevar a una expresión numérica hechos biológicos, se introdujeron factores

⁹⁷ PORTAL MAYORES (2007) “Glosario especializado en Geriatría y Gerontología [Fecha de publicación: 15/02/2007].

<http://www.impersomayores.csic.es/documentos/documentacion/glosario/2007/glosario.pdf>

⁹⁸ Idem nota 51.

complementarios que hace que el baremo que utilizamos se denomine baremo humanizado. Hay diversos factores que se tienen en cuenta para las jubilaciones. Uno de ellos es la edad, ya que a mayor edad es muy difícil la recuperación y también conseguir un nuevo empleo ... otro factor es la instrucción, porque se tiene en cuenta que a menor instrucción es más difícil realizar un cambio de empleo y ... por último, se tiene en cuenta la tarea realizada.” “... Para las pensiones, los factores que se valoran son la instrucción -al igual que las jubilaciones- y el medio socioeconómico”.

Luego de la vigencia del baremo se hizo necesaria la actualización y el perfeccionamiento del sistema, por lo cual el BPS se encargó de dicho ajuste. Por decreto N° 200/003 de 22/05/2003, se aprobó la revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (baremo), mediante la modificación del artículo 1° del decreto 381/998.

Dado que el baremo se considera perfectible (informe de la Gerencia de Área Medicina Laboral de fecha 23 de febrero de 2006) y por lo tanto debe ser revisado periódicamente, por RD N° 7-6/2006 el Directorio dispuso la creación de un Grupo de Trabajo a fin de estudiar y proponer: a) cambios a los procedimientos de determinación de las incapacidades laborales contenidos en el Decreto N° 282/998, b) eventuales reformas legislativas en materia de las prestaciones económicas que cubren las incapacidades laborales en todas sus manifestaciones y c) eventuales reformas a la incidencia de los factores complementarios en el baremo para las prestaciones contributivas y la pensión por invalidez.⁹⁹

En octubre de 2013, por decreto N° 306/013, se aprueba la segunda revisión de las Normas para la Valoración del Grado de Invalidez (baremo), el que deroga los decretos N° 381/998 de diciembre de 1998 y N° 200/003 de mayo de 2003. Esta norma en su considerando II) expresa que “...se entiende conveniente modificar la normativa reglamentaria en lo que refiere a la determinación de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual prevista por el artículo 22 de la ley 16.713 de 3 de setiembre de 1993, de modo de adecuar la valoración de dicha incapacidad a las características del puesto de trabajo, flexibilizando la exigencia de un porcentaje mínimo de incapacidad del 50%.”

De las prestaciones del BPS para personas con discapacidad que se han detallado en este trabajo, el baremo se aplica para la determinación de incapacidad laboral que habilita a Jubilaciones por Incapacidad total, Subsidios Transitorios por Incapacidad parcial, Pensiones de Sobrevivencia y Pensiones de Invalidez.

El baremo también se utiliza para determinar la incapacidad física de los aspirantes inscriptos al Programa de Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales de los jubilados pensionistas del BPS.

Asimismo, a los efectos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el baremo se utiliza para determinar la discapacidad del hijo del asegurado, cónyuge o concubino/a, de acuerdo al artículo 15 del decreto N° 2/2008 de enero de 2008, reglamentario de la Ley 18.211.

En los Objetivos Estratégicos del Plan 2016 – 2020 del BPS, se dispone la revisión del baremo y su actualización, la consolidación del Sistema Nacional de Certificación Laboral, así como el impulso para la creación y consolidación de una tabla de Tiempo Esperado de Recuperación (TER), de aplicación práctica por todos los profesionales del país.

⁹⁹ Por R.D. N° 10-23/2006 se modifica este literal de la siguiente manera: “c) La revisión integral del baremo vigente para el otorgamiento de todas las prestaciones servidas por el organismo, incluyendo la incidencia de los factores complementarios tanto en las prestaciones contributivas como en la pensión por invalidez”.

6. Promoción y capacitación en temas de discapacidad

6.1 Centro de Formación del BPS con accesibilidad

El BPS inauguró en el año 2009 el Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración (CESS)¹⁰⁰. A estos efectos se acondicionó el edificio Brena ubicado en Montevideo, 18 de Julio 1912, siendo accesible de acuerdo a las normas UNIT 200:2010 aprobadas por el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, referidas a la accesibilidad de las personas al medio físico.

El objetivo principal del Centro de Formación del BPS es brindar un espacio de capacitación de alta tecnología, que permita formar nuevos recursos humanos en temas de protección social y administración pública en general¹⁰¹.

El Centro tiene como finalidad impulsar la capacitación en seguridad social, mediante el dictado de cursos para distintos colectivos, entre ellos las instituciones de la sociedad civil organizada. Es utilizado para eventos a nivel nacional e internacional con participantes de diversas formaciones como profesionales, trabajadores, empresarios, dirigentes voluntarios y personas de la sociedad civil. Se destaca la asistencia de personas para formarse o actualizarse en la temática de la discapacidad.

El Centro posee certificación habilitada de UNIT, asegurando la accesibilidad física de los asistentes y de los espacios del edificio para todas las personas. Tiene una capacidad para 400 asistentes, cuenta con aulas de acceso a internet y recursos didácticos adecuados con un excelente apoyo logístico y de recursos humanos.

Se presentan un cuadro y una tabla que detallan los cursos y actividades que han sido impartidos en el Centro de Estudios del BPS, relativos a temas de la discapacidad. El mayor número de participantes se registró en el año 2013.

Cuadro 40

Cursos y actividades relacionados a la discapacidad en el edificio Brena

	Cursos	Actividades	Participantes
2010	---	5	413
2011	---	17	1.114
2012	---	10	770
2013	28	15	1.775
2014	9	7	1.168
2015	4	5	1.184
2016	4	8	605

Fuente: Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

Los eventos desarrollados en el período 2010 – 2016 presentan una amplia gama de modalidades que van desde seminarios a jornadas de formación. Se observa que los

¹⁰⁰ La inauguración formal se efectuó el 10/12/2009.

¹⁰¹ Consultor Nicolás Brunet, Diagnóstico de capacidades de monitoreo y evaluación en políticas públicas en torno al envejecimiento en Uruguay – Producto 3 - 19/02/2016

convocantes refieren tanto a organizaciones internacionales en coordinación con órganos estatales, como a instituciones sin fines de lucro relacionadas con la discapacidad.

Tabla 1:
Modalidad de cursos y temas desarrollados

<i>Evento</i>	<i>Temática</i>	<i>Organizaciones vinculadas</i>
Encuentro Nacional	Encuentro con Instituciones en la temática de Discapacidad Talleres de Producción Protegida	Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad BPS
	Encuentro Nacional de Enfermedades Raras	OPS/OMS/BPS
	Federación de Autismo	
	Encuentro de Instituciones de Discapacidad	OPS
	Experiencia Discapacidad y Salud Bucal Difusión de la Estrategia Prevención y Control Enfermedades Crónicas No Transmisibles	OPS
	Reunión de Intercambio por el Proyecto de cooperación Técnica en Salud Mental entre Chile y Uruguay	
Curso Formación	Formación Superior en Dirección y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores en situación de dependencia y personas con discapacidad	
	Aportes de la Psicopedagogía a la Enseñanza Inclusiva	
	Comunicación en Lengua de Señas	
	Asistentes Personales – Presentación	
	Asistentes Personales – Formación de Formadores	
	Asistentes Personales – Formación para la Función	
	Asistentes Personales – Formación en Humanización de Cuidados	
	Asistentes Personales - Actualización	
	Diplomado Virtual sobre Discapacidad y Derechos Humanos	
	Introducción a la Bioética Clínica y Social	
	Estrategia Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEP)	OPS/OMS/MSP
Pesquisa Neonatal	BPS	
Realidad, Mitos y Prejuicios sobre Alzheimer	CICAM	
Formación de formadores de cuidadores de personas adultas mayores.		
Medicina Paliativa: una necesidad impostergable	ASSE IMM	

	Fortalecimiento de las capacidades para la participación social en Salud Discapacidad, Políticas Públicas y Rol de la Universidad	
Charla Jornada	Primer Jornada Nacional CNHD-CDHD Jornada de Padres –DEMEQUI- con entrega de equipos informáticos Taller de Accesibilidad de las Personas al Medio Físico Actividad Discapacidad Salud Mental y Poblaciones Vulnerables Jornadas sobre Fibrosis Quísticas	
	Educación Inclusiva “Una realidad posible”	Asociación Down del Uruguay
	Inserción Laboral “Proyecto de Vida”	Federación Uruguaya de Asociaciones de Padres de Personas con discapacidad Intelectual.
	Sistema Nacional de Cuidados Discriminación y Estigma Plan Estratégico Nacional (Discriminación y Estigma)	MIDES
	Visita Asesor regional de Salud Mental	OPS
	Discusión sobre atención de niños con problemas de desarrollo	MSP -ASSE
	Jornadas de Bioética, Derechos Humanos y Discapacidad.	BPS
Debate	Enfermedades Neonatal Mes Mundial del Alzheimer Personas con discapacidad	MIDES
Seminario Internacional	Servicios Sociales y Sistemas de Cuidados	BPS – Área de Servicios Sociales
Ceremonia	Presentación de la Comisión de Género y Discapacidad Inaugural de Inicio cursos Cuidadoras y entrega de certificados a formador de formadores	ATSS
Evaluación	Evaluación de Incapacidad Laboral Proceso Médico del Área de Evaluación de la Incapacidad Egreso de Cuidadores – Entrega Certificados Sobre curso Cuidadores con participación de Ministros	OPS OPS

Ciclo	Taller de Seguimiento sobre la implementación de las nuevas prestaciones en salud mental Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física de la Facultad de Medicina PRAT Ruedas de Inclusión Formación en Rehabilitación – Integración Social y Enfermedad Mental
-------	---

Fuente: Centro de Estudios en Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

De las temáticas abordadas se observa que las relacionadas a cuidados han tenido mayor cantidad de eventos. En Anexo se amplía información sobre cursos de formación a cuidadores y asistentes personales, teniendo en cuenta que integran los antecedentes generados sobre esta temática.

7. Ámbitos de participación del BPS en temas de discapacidad

La ley 18.651 de fecha 19/02/2010 de Protección Integral de Personas con Discapacidad, proporciona el marco normativo para la protección de la discapacidad, con el fin de promover una mejor calidad de vida para las personas con discapacidad, de forma de asegurarles la atención médica, la educación y la rehabilitación física, psíquica y social.

El BPS cuenta con un espacio institucional formal que promueve temas relacionados con la discapacidad, así como también integra ámbitos de coordinación interinstitucional.

7.1 Sistema Nacional Integrado de Cuidados

De acuerdo con la ley N° 19.353 de fecha 08/12/2015 se aprueba el Sistema Nacional Integrado de Cuidados – SNIC- que compone el diseño de políticas públicas en la universalización de los cuidados en situación de dependencia y que de forma solidaria se comparte la corresponsabilidad entre las familias, el Estado, la comunidad y el mercado.

El BPS integra la Junta Nacional de Cuidados con otros organismos del estado¹⁰², siendo ésta uno de los pilares del sistema¹⁰³.

Entre los cometidos generales de la Junta Nacional de Cuidados le corresponde la coordinación de políticas, organización de planes y proyectos relativos a la temática definida, seguimiento del Plan Nacional de Cuidados, como atender aspectos de financiación, a través del relacionamiento con el Poder Ejecutivo.

En el capítulo I Disposiciones Generales, artículo 3, se definen los aspectos básicos:

A) *Cuidados*: las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por

¹⁰² Artículo 12 – Capítulo III - Ley N° 19.353.

¹⁰³ Los otros órganos que se conforman en el sistema son la Secretaría Nacional de Cuidados y el Comité Consultivo de Cuidados.

carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes.

B) *Sistema de cuidados*: 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.

Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como asimismo la regulación de las personas que cumplen servicios de cuidados.

C) *Autonomía*: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones acerca de cómo vivir y desarrollar las actividades y necesidades básicas de la vida diaria, contemplando la cooperación equitativa con otras personas.

D) *Dependencia*: el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria.

La valoración del nivel de dependencia de las personas para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades de la vida diaria, se determinarán mediante la aplicación del baremo que dicte la reglamentación a tales efectos.

Son titulares de los derechos establecidos, las personas que se encuentren en situación de dependencia Niñas y niños de hasta doce años; Personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria; Personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por si mismas sus necesidades básicas de la vida diaria. Se incluyen las personas que prestan servicios de cuidados.

Se consideran personas en situación de dependencia aquellas personas que requieran apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria.

La Ley de Cuidados se encuentra reglamentado por el Decreto N° 427/016 de 09/01/2017 que establece la creación del SNIC; el Decreto N° 428/016 de 09/01/2017, que estipula lo relativo al Servicio de Teleasistencia Domiciliaria y el Decreto N° 117/016 de 04/05/2016 que pauta el Servicio de Asistentes Personales para Cuidados de larga duración para personas en situación de dependencia severa.

7.2 Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad

Por R.D. N° 24-59/2005 de 3/8/2005¹⁰⁴, el Directorio del BPS crea la “Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad”, la cual estará integrada por el Banco de Previsión Social - BPS, la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado – CNHD, el Plenario Nacional de Impedidos PLENADI y la Comisión Inter-social de Discapacidad Inserción Laboral y Seguridad Social COMINT.

¹⁰⁴ Primera acta de la Comisión Honoraria.

La Comisión Asesora se constituye el 07/10/2005, aprobando en esta instancia el Proyecto de Reglamento de Funcionamiento¹⁰⁵, el que dispone, entre otros cometidos:

1. La Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad dependerá directamente del Directorio del BPS.
2. Contará con dos representantes de las instituciones miembros (BPS, CNHD, PLENADI, COMINT, FUAP).
3. La Presidencia y Secretaría será ejercida por el BPS.
4. Los cargos son honorarios y los miembros podrán ser removidos de sus puestos por las autoridades que los designan.
5. Funcionará dentro de las dependencias del BPS.
6. Será ámbito de tratamiento de temas en general de la Seguridad Social referidos a la discapacidad y tendrá la facultad de proponer al Directorio del BPS propuestas en pro de mejoras de los servicios y atención a las personas con discapacidad.
7. Se podrán nombrar Sub Comisiones permanentes o especiales.

La Comisión ha abordado y gestionado un abanico de temas relativos a la discapacidad. Ejemplos de ellos son: reformulación del Programa de Ayudas Especiales - AYEX-, proyecto de ley relativo a Normas sobre Protección Integral a Personas Discapacitadas y de la figura y cometidos del Asistente Personal, reglamento del ingreso laboral al BPS como funcionarios de personas con discapacidad.

7.3 Inserción Laboral de Personas con Discapacidad en el ámbito Privado

El BPS participó en la presentación del proyecto de Ley Inserción Laboral de Personas con Discapacidad en el ámbito privado¹⁰⁶¹⁰⁷. Las Empresas Privadas que revisten 25 o más trabajadores deberán emplear a personas con discapacidad, amparadas a derechos y obligaciones establecidas dentro del ámbito laboral. Se crea el Empleo con Apoyo, que se organiza a través de una metodología de inserción laboral, para brindar apoyo continuado a las personas con discapacidad en las etapas de acceso, permanencia y promoción del empleo remunerado. Se contará para el desarrollo de esta metodología con un Operador Laboral, siendo el técnico que viabilice el Empleo con apoyo. Entre otras propuestas que promueve el proyecto de ley, se encuentra la creación de una Comisión Nacional de Inclusión Laboral, que funcionará en la órbita del MTSS y entre los representantes se encuentra el BPS¹⁰⁸

¹⁰⁵ Proyecto de Reglamento aprobado por el Directorio del BPS por R.D. N° 33-48/2005 de 6/10/2005 a efectos de dar a conocimiento a la Comisión Asesora para su aprobación. Por R.D. N° 34-33/2005 de 18/10/2005, se aprueba el Reglamento de la Comisión Asesora.

¹⁰⁶ Cámara de Representantes – Comisión de Legislación del Trabajo – Carpeta N° 397 de 2015 – Seminario sobre Inclusión Laboral y Discapacidad Intelectual – Acto Poder Legislativo 18/10/2016

¹⁰⁷ En sector público, el Poder Ejecutivo reglamentó mediante el Decreto 79/2014, los artículos 49 y 50 de la Ley 18.651 respecto al ingreso a la función pública para personas con discapacidad (4% de las vacantes).

¹⁰⁸ MTSS – MIDES – PIT – CNT – Cámaras Empresariales – Congreso de Intendentes – MSP – UDELAR – UTU – BPS – Organizaciones de la sociedad civil del área de Discapacidad.

7.4. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

El BPS participa de las actividades establecidas por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Naciones Unidas). A través de sus representantes integra grupos de trabajo para el intercambio de información con otros Organismos.

Entre las actividades desarrolladas, participó en la redacción del Memorándum que el Estado uruguayo elevó a las Naciones Unidas¹⁰⁹, convocado desde la Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario del Ministerio de Relaciones Exteriores.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, efectuó las Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay (31/08/2016)¹¹⁰. La coordinación para el seguimiento a las observaciones finales se encuentra en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores, Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario¹¹¹.

8. Actividades relacionadas con discapacidad

El BPS participa en múltiples y diversas áreas relacionadas con el tema de la discapacidad.

En el año 2008 se realizó el lanzamiento y presentación del primer y único diccionario de señas uruguayo, titulado: "Diccionario Bilingüe de Lengua de Señas Uruguaya/Español" El mismo está compuesto de 2.000 palabras. Para lanzarlo, requirieron 18 años de trabajo y mucho esfuerzo de la Asociación de Sordos del Uruguay¹¹² (ASUR) y del Centro de Investigación y Desarrollo para Personas Sordas¹¹³ (CINDE). Asimismo se publicó una edición en braille. Este libro, que se pone a disposición de todas las personas interesadas en la Lengua de Señas, constituye un diccionario bilingüe conformado por un léxico estándar de la Lengua de Señas Uruguaya (LSU), con su traducción al español, con las definiciones conceptuales más usuales tanto de la LSU como del español y con una descripción específica de cada seña¹¹⁴.

Se seleccionaron las actividades más destacadas de los últimos dos años, sin perjuicio de poder ampliar en detalle en las páginas web de la Institución:
<http://www.bps.gub.uy/4810/noticias.html>

¹⁰⁹ Uruguay y la convención sobre derechos de las personas con discapacidad – Primer informe país – Año 2014
http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion_enero_2014.pdf

¹¹⁰ http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fURY%2fCO&Lang=en

¹¹¹ Integra la Red Interinstitucional Sistema de Monitoreo de Recomendaciones sobre Derechos Humanos (SIMORE).

¹¹² ASUR fue fundada el 5 de mayo de 1928, por un grupo de personas sordas motivadas, no sólo por procurar reunir a sus iguales en un lugar de sano esparcimiento, sino fundamentalmente por aunar esfuerzos en la tarea de abrir espacios de integración social, a fin de reconocer el legítimo derecho de la persona sorda a procurarse el bienestar por sus propios medios.

¹¹³ CINDE con personería jurídica independiente, ha sido de fundamental importancia en temas como el desarrollo curricular del curso de Intérprete en LSU, el diccionario de LS, así como diversos proyectos tendientes a una cabal mejoría de la calidad de vida del Sordo.

¹¹⁴ Página web de APASU (Asociación de Padres y Amigos de Sordos del Uruguay) <http://www.apasu.org.uy/g-biblioteca/i-diccionario-bilinguee> y acceso a la publicación del Diccionario Bilingüe que cuenta la Biblioteca del Centro de Estudio del BPS.

Año 2015

- Postulación del BPS al Premio Reina Letizia de Rehabilitación y de Integración – 2015, con la presentación de un trabajo referido a la labor que se desarrolla en los distintos Servicios de Salud.
- Se realizó la séptima entrega de periféricos y equipos informáticos donados por BPS y adaptados por ANTEL a beneficiarios –niñas, niños y adolescentes- con discapacidad del CRENADECER (Unidad de Diagnóstico y Tratamiento –UDT). Se han entregado cerca de 90 equipos, los que cuentan con el soporte de ANTEL Integra. En aquellos hogares de pacientes que nunca tuvieron Internet, también se le realiza la conexión básica gratuita. Estas actividades inciden directamente en la autoestima, en el estado de ánimo, en los vínculos, en sus intereses y en las expectativas de los beneficiarios.
- Nuevo convenio de Ómnibus Social en el departamento de Paysandú, efectuado entre la Intendencia de Paysandú, el BPS y la empresa CUTCSA, ampliando el servicio de transporte turístico social a beneficiarios del BPS y entre ellos a personas con discapacidad. Se logra el 11° convenio que se integra a los ya realizados con los departamentos de Artigas, San José, Salto, Río Negro, Treinta y Tres, Rocha, Canelones (Las Piedras y Ciudad de la Costa), Tacuarembó (Paso de los Toros), Florida y Cerro Largo. Se encuentran a la fecha 13 vehículos realizando este servicio.
- Convenio del BPS con la Facultad de Medicina -Clínica de Ginecología-, en el área de la salud, por el cual ambas Instituciones formalizan el intercambio y la complementación para extender entre otras actividades, investigaciones clínicas y formación académica en conjunto; desarrollar junto con la Unidad de Medicina Embriofetal (UMEFEPE-BPS) la diplomatura en esta área; facilitar el seguimiento conjunto de pacientes obstétricas. Por otro lado, el CRENADECER se convierte en un centro de referencia asistencial, pero también académico en la obstetricia de nuestro país. El BPS se encuentra habilitado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina para la formación de recursos humanos desde el año 2014, siendo reconocido como Centro Docente asociado.
- El BPS apoya las Olimpiadas Especiales en Lascano para que más de 250 jóvenes con discapacidad de esta zona del país, incluyendo Melo, Maldonado, Chuy, Castillos, Rocha, Treinta y Tres y Cebollatí, efectivicen un encuentro deportivo, con el apoyo de organizaciones sociales y municipales, de los departamentos involucrados.
- El BPS participa, en forma regular, con información y asesoramiento de prestaciones, entre ellas para personas con discapacidad. Se participa en actividades del Centro Cívico Casavalle en Montevideo, acercando servicios a la población, enmarcada dentro de una zona con carencias críticas.

Año 2016

- Entre los cometidos del BPS, de potenciar las capacidades de gestión del Organismo, se brinda la capacitación para funcionarios del BPS de un Curso de

Lengua de Señas. Entre sus objetivos se definen ampliar los niveles de comunicación y asegurar la equiparación de oportunidades para las personas sordas e hipoacústicas. El Curso Intensivo Aplicado de Comunicación en LSU, está a cargo del Centro de Investigación y Desarrollo de la Persona Sorda (CINDE). A fin de ampliar la capacitación al personal del Interior del país, se está valorando la posibilidad de desarrollar este curso en la modalidad a distancia.

- Se adjudican periféricos y equipos informáticos en diferentes instancias del año 2016, los cuales son donados por BPS y adaptados por ANTEL para beneficiarios –niñas, niños y adolescentes- con discapacidad del CRENADECER, otorgando más de 120 equipos. Una de las entregas de equipamiento informático se realizó en Raigón, sumando a este acto una instancia de encuentro social entre beneficiarios, familias y funcionarios del BPS.
- Renovación del comodato del local de BPS en la localidad de Ismael Cortinas, con el propósito de dar continuidad a las actividades destinadas a un taller de cerámica para discapacitados, un gimnasio y biblioteca. El convenio con la Intendencia de Flores incluye la construcción de un espacio social en el mismo predio, lo que redundará en un mayor aprovechamiento comunitario del inmueble.
- Se efectiviza la firma de Convenio con la Fundación de Apoyo y Promoción del Perro de Asistencia y entrega oficial de perros guía tanto a personas ciegas y niños con trastorno del espectro autista –TEA-. En nuestro Organismo se cuenta con funcionarios que se comprometen al adiestramiento de perros guías, siendo habilitado y apoyado por el BPS para realizar esta importante tarea.
- Dentro del marco de la Ley N° 18.651 de 19/02/2010, el Organismo se encuentra en la etapa de concurso para el ingreso de 18 cargos administrativos para personas con discapacidad.

9. En síntesis

Como es posible observar el BPS gestiona prestaciones para todos los grupos etarios que presentan una discapacidad, ya sea en su condición de activos o pasivos, e instrumenta prácticas actualizadas propendiendo a la mejora de la calidad de vida de un sector de la sociedad. En forma directa o indirecta, a través de otras instituciones, brinda servicios a la población que realiza aportes, así como a aquella que no es contribuyente.

Los programas y servicios tienen un alcance nacional y dentro del marco de protección social, brindan apoyos de carácter económico y socio sanitarios, incidiendo en los niveles de prevención, promoción y rehabilitación de las personas con discapacidad.

De las prestaciones económicas otorgadas a pasivos, la cantidad de jubilaciones por invalidez y subsidios transitorios, se incrementaron en forma sostenida en los años estudiados, siendo las jubilaciones otorgadas a mujeres las que aumentaron en mayor medida. Estas variaciones estarían reflejando los resultados de la nueva ley 18.395 de Flexibilización de las Jubilaciones que prevé requisitos más favorables para acceder a las mismas.

Las pensiones por invalidez (no contributivas), han tenido crecimientos escasos, llegando a decrecer en el último año. Dentro de estas prestaciones, las pensiones por discapacidad severa, presentan incrementos constantes y una mayor incidencia en los varones.

Las pensiones por sobrevivencia cuyos beneficiarios son personas con discapacidad, representan casi un 8% del total de pensiones.

De las prestaciones económicas a activos, las asignaciones familiares para personas con discapacidad otorgadas por ley 15.084 han disminuido a partir del año 2008, cediendo terreno a las asignaciones familiares otorgadas por ley 18.227 del Plan de Equidad.

Con respecto a las prestaciones de ayudas extraordinarias, a partir del año 2008 las mismas se han incrementado, tanto en cantidad como en montos. Alrededor del 95% de estas ayudas están destinadas a contribuir con el pago a instituciones de enseñanza e instituciones especializadas, correspondiendo la mayor participación a los varones.

En el marco de la reforma del sistema de Salud, el BPS ha sido designado por la autoridad sanitaria, como Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER). El Crenadecer está compuesto por tres Unidades: la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal (UMEFEP), el Laboratorio de Pesquisa Neonatal y la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT). Las dos primeras unidades realizan una búsqueda temprana de alteraciones que permiten un diagnóstico precoz en niños y embarazadas, lo cual hace la diferencia a la hora de desarrollar o no una patología. La tercera unidad realiza el diagnóstico final y el tratamiento. El mismo se brinda a través de especialistas, incluyendo medicación, exámenes y todo lo referente a rehabilitación, mediante una atención integral del beneficiario y su familia.

Se destaca el acceso universal a los tratamientos para los portadores de las patologías definidas, así como a las pesquisas en embarazadas y recién nacidos.

Dentro de los distintos programas que brindan apoyo a personas con discapacidad, el Programa de Apoyo a Organizaciones Civiles sin fines de lucro, coordina acciones con las instituciones que atienden a esta población.

El Programa Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, contempla la situación de discapacidad brindando alternativas habitacionales acordes al grado de la misma.

El programa de Turismo Social, integra a las personas con discapacidad beneficiarias de las instituciones adheridas al BPS, posibilitando estadías vacacionales en centros con accesibilidad.

A partir del año 2005 se crea en el ámbito del BPS, la Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad. La misma se integra por comisiones y organizaciones de representación nacional en la temática de la discapacidad. Sus propuestas son de carácter fundamental para orientar en forma efectiva las prestaciones y beneficios a las personas con discapacidad.

Desde el año 2009, a partir de la creación del Centro de Estudios en Seguridad Social, se ha otorgado un espacio institucional para la realización de eventos de carácter académico y de capacitación. Este centro cuenta con una infraestructura habilitada, de acuerdo a lo establecido por las normas técnicas orientadas a la inclusión de las personas con discapacidad.

La institución cuenta con referentes y técnicos formados específicamente en el área de discapacidad, posibilitando una efectiva participación en la temática, a nivel nacional e internacional.

El BPS orienta y promueve políticas de protección social de carácter universal. Integra en sus líneas directrices una modalidad de gestión que ha posibilitado interactuar con otros organismos públicos, generar espacios de participación de sectores de la sociedad civil y promover equipos técnicos especializados en la materia, lo que ha llevado a implementar programas efectivos y acordes con las necesidades de la población con discapacidad.

ANEXO

Antecedentes sobre Cursos de Capacitación en Cuidados y Asistentes Personales

(Período previo al SNIC)

1. Capacitación de Formadores y Cuidadores

Con fecha 25/06/2012 se suscribe un acuerdo marco de cooperación interinstitucional entre la Fundación ASTUR¹¹⁵, y el BPS a fin de conjugar esfuerzos y potenciar capacidades, articulando acciones para fomentar y fortalecer el Sistema Nacional de Cuidados para Adultos Mayores. Asimismo se lleva a cabo el Acto Inaugural de los Cursos de Formación para Capacitadores de Cuidadoras/es de Adultos Mayores.

El objetivo general del Programa de Formación y Capacitación de Cuidadores incluye “Mejorar la calidad de vida de personas dependientes necesitadas de acompañamientos y cuidados” y brindar “Formación y capacitación especializada a cuidadores de personas con diferentes grados de dependencia, en los cuidados físicos, psicológicos y emocionales”.

Los contenidos de los cursos abarcaron módulos en el área psicosocial (gerontología psicosocial, psicología y psiquiatría, relación de ayuda, animación socio cultural), en el área sanitaria (medicina, enfermería teórica, enfermería general, enfermería de urgencias, nutrición y alimentación, rehabilitación y terapia ocupacional) y en el área ético legal. Especialmente se trataron los temas de género, los derechos humanos del adulto mayor y personas con discapacidad, definición de cuidados para el Uruguay y políticas de salud dirigidas a las poblaciones beneficiarias. También se contó con un módulo de capacitación en comunicación y metodología docente y de visitas institucionales.

La estructura de la acción formativa se orientó en tres ejes principales: 1) humanización de la atención en salud: análisis desde el marco de los derechos humanos, 2) formación de formadores: una perspectiva desde la comunicación y la metodología docente y 3) perspectiva social y laboral (derecho laboral a cargo de MTSS, Seguridad Social a cargo de BPS y cuidados y género en el cuidado a cargo del MIDES).

En el marco de una experiencia piloto, se desarrollaron dos tipos de cursos: formación de formadores de cuidadores de personas adultas mayores (se impartieron dos instancias) y formación de cuidadores de personas adultas mayores (se brindaron a la fecha cuatro instancias). Los cursos no tienen costos para los participantes. Se iniciaron en el año 2012 y continuaron en 2013. Cada curso, tiene una sección presencial¹¹⁶ con cupos para 20 participantes en dos turnos (matutino y vespertino), una fase de estudio a distancia guiado por tutorías quincenales y una sección similar a la inicial de consolidación del aprendizaje y

¹¹⁵ Es una organización no gubernamental que aspira a contribuir al progreso de la sociedad uruguaya en reconocimiento de lo recibido por los inmigrantes españoles. Su misión es crear un ámbito de reflexión para promover y desarrollar programas que contribuyan a mejorar aspectos sociales, económicos, culturales y políticos de nuestro país. Tiene como vocación promover y administrar proyectos cuyos objetivos conduzcan a mejorar las condiciones de vida y el pleno ejercicio de los derechos de franjas vulnerables de la población.

¹¹⁶ En Montevideo, en el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS, ubicado en 18 de Julio 1912. También en el Interior (Salto).

evaluación. En Montevideo la parte presencial tiene lugar en el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS, en el Interior tiene lugar en la ciudad de Salto. Se contó con un Manual Básico y Seminario con participación de técnicos de alto nivel vinculados a los temas tratados¹¹⁷.

Se detalla el desarrollo de los cursos dictados durante los años 2012 y 2013, con datos estadísticos sobre postulantes y egresados de los mismos.

1.1 Formación de formadores de cuidadores de personas adultas mayores

Primera instancia de formación de formadores.

- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 12 hrs.) y vespertino (14 a 17 hrs.), realizados desde el 25/06/2012 al 08/10/2012.
- Se recibieron 191 postulaciones, egresando el 90% de los participantes.

Segunda instancia de formación de formadores:

- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos: matutino (9 a 12 hrs.) y vespertino (14 a 17 hrs.), realizados desde el 08/03/2013 al 21/06/2013.
- Se recibieron 98 postulaciones, egresando el 36% de los participantes.

1.2 Formación de cuidadores de personas adultas mayores

Durante el final del curso de formadores de la primera instancia de formación, se comenzó a trabajar con éstos en el diseño de la currícula del curso de cuidadores. Esto fue lo que generó mayor involucramiento y motivación de los formadores con el curso. Se alcanzó consenso por parte de todos los integrantes de la mesa interdisciplinaria para utilizar a los formadores como capacitadores del curso.

Primera instancia de formación de cuidadores.

- Se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno, orientados a trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (hogares, residenciales y empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado). Participaron personas de Montevideo, Santa Lucía y Progreso.
- Se realizaron en Montevideo con la participación de 22 formadores de los egresados en la primera instancia de formación de formadores y el apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- Se dictaron dos grupos en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (13 a 17 hrs.), durante los días lunes, miércoles y viernes desde el 08/10/2012 al 07/12/2012. Egresaron cerca del 80% de los participantes.

Segunda instancia de formación de cuidadores.

¹¹⁷ Información proporcionada por el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

- Los dos cursos de esta instancia se desarrollaron en el departamento de Salto, orientado a los trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (hogares, residenciales y empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado) de Salto, Artigas y Paysandú.
- Previo a los mismos se elaboró una encuesta de interés consultando disponibilidad para la participación. Se recibieron 280 postulaciones y se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno. Participaron personas de las capitales departamentales de Artigas, Salto y Paysandú, y también de diferentes ciudades de la región: Bella Unión, Baltazar Brum y San Antonio.
- En el dictado de los mismos participaron formadores de los egresados en la primera instancia de formación de formadores y el apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- El dictado de los grupos se realizó en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (14 a 18 hrs.) en forma intensiva, de lunes a viernes durante 5 semanas, desde el 11/03/2013 al 19/04/2013.
- Una vez conformados los grupos participaron de los cursos 58 personas, egresando la totalidad.

Tercera instancia de formación de cuidadores.

- En el primer semestre del año 2013 en Montevideo, los cursos comenzaron el 25 de junio de 2013 y finalizaron el 2 de agosto de 2013, habiendo recibido 81 postulaciones; se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno.
- Se orientó a trabajadores de los diferentes ámbitos de cuidados (hogares, residenciales y empresas, así como también representantes de los sindicatos del cuidado). Participaron del mismo, personas de Montevideo y Santa Lucía.
- En el dictado de estos dos cursos participaron formadores de ambas instancias de formación de formadores, con apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- Se dictaron en forma simultánea en dos turnos, matutino (9 a 13 hrs.) y vespertino (14 a 18 hrs.), en forma intensiva, de lunes a viernes durante 5 semanas.

Cuarta instancia de formación de cuidadores.

- El 2 de agosto de 2013 se realizó la apertura de una nueva instancia de formación en el departamento de Rocha, orientada a trabajadores de diferentes áreas del cuidado de los departamentos de Maldonado, Rocha y Treinta y Tres.

2 Cursos de Asistentes Personales

2.1 Capacitación para la función de Asistentes Personales

De acuerdo a la firma del convenio con la Fundación ASTUR, mencionada anteriormente, se instrumenta la capacitación y formación de formadores en materia de cuidados, así como una experiencia piloto de teleasistencia y una encuesta para la determinación de necesidades de asistentes personales para personas con discapacidad severa. Este convenio cuenta con financiamiento del BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y la Cooperación Española (AECID).

En el año 2013 se avanza en las investigaciones y se plasman propuestas específicas que dan marco a la reglamentación de la ley 18.651¹¹⁸. El MIDES y el BPS implementan la reglamentación del artículo 25 del capítulo IV de la Ley relativo a “Asistencia personal para personas con discapacidades severas”. Por Decreto N° 214/014 del 28/07/2014, se reglamenta el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas, el que se crea en el ámbito del Banco de Previsión Social¹¹⁹.

Por R.D. N° 26-6/2014 de 13/08/2014, se amplía el convenio Fundación ASTUR – BPS a efectos de continuar realizando acciones conjuntas vinculadas con la calidad de vida de las personas en situación de vulnerabilidad y a emprender acciones relacionadas a la formación y capacitación de los Asistentes Personales de las personas con discapacidad severa. Esta tarea se desarrolla con el apoyo del Centro de Humanización de Cuidados (Camilos) y con la Ong A Ganar que se especializa en el envejecimiento activo.

El CESS del BPS, en coordinación con Gerencias de la Institución (Prestaciones Sociales y Prestaciones de Salud) y los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Salud Pública (MSP) y Desarrollo Social (MIDES), desarrolló y validó la trama curricular del curso acreditante de la condición de asistente personal¹²⁰. Asimismo, realizó la capacitación del primer equipo de formadores de asistentes personales y comenzó a implementar las primeras ediciones del curso (agosto 2014).

El diseño del curso consta de diferentes etapas que tienen relación con: i) Conformación del equipo técnico de trabajo; ii) Determinación de los objetivos, temas y planificación de trabajo; iii) Elaboración del programa del curso “Formación de Formadores de Asistentes Personales”; iv) Primer curso a formadores; conformación del equipo de formadores; v) Elaboración del Programa del Curso de Formación para la función de asistentes personales y vi) Dictado del curso para la función de asistentes personales.

La formación a los formadores del curso ha contado con un módulo adicional (“Humanización del cuidado”), a cargo del Centro de Humanización de la Salud – Camilos de España¹²¹. Asimismo, se desarrolló un módulo complementario “Metodología Docente” a cargo del equipo de Planificación y Programas del CESS.

El equipo de Formadores para los cursos destinados a Asistentes Personales, está conformado con personal de BPS de acuerdo a su formación específica, experiencia y a su especial inclinación en temas de discapacidad y cuidado.

La capacitación para la función de asistente personal está dirigida específicamente a quienes desarrollan tareas como asistentes personales en la actualidad o aspiran a desarrollarlas en el futuro.

¹¹⁸ Asimismo, el 28/03/2014 se aprueba el decreto 79/014 que reglamenta los artículos 49 y 50 de la ley 18.651 relativo al ingreso a la función pública para personas con discapacidad.

¹¹⁹ Derogado por Decreto 117/016. Reglamentación de la Ley 19.353 relativo a la creación del SNIC, Servicio de Asistentes Personales para Cuidados de Larga Duración para Personas en Situación de Dependencia Severa.

¹²⁰ Se considera asistente personal a la persona capacitada que en forma directa y personal asiste al beneficiario en las actividades básicas de la vida diaria. Las tareas a cumplir pueden consistir en el apoyo para levantarse de la cama, facilitar la higiene, vestido, alimentación, movilización y desplazamiento, trabajo, estudio y recreación entre otras.

¹²¹ Religiosos Camilos. Es una entidad sin fines de lucro con sede en Madrid, que ofrece un conjunto de servicios dentro del campo de los cuidados asistenciales, la formación y la intervención social. www.humanizar.es

2.2 Contenido y Desarrollo del Curso de Formación de Asistentes Personales

El curso se orienta a proporcionar una formación básica que permita al Asistente Personal cumplir su rol adecuadamente, estableciendo un vínculo basado en el respeto mutuo y apoyando a la persona con discapacidad en el desarrollo de una vida lo más autónoma e independiente posible.

Los objetivos del curso tienen como finalidad: “Formar asistentes personales, facilitando las herramientas necesarias para relacionarse adecuadamente con la persona con discapacidad y apoyarla en el desarrollo de una vida lo más autónoma posible” y “Lograr que se comprenda que la función del asistente personal no implica suplir la voluntad de la persona con discapacidad, sino apoyarla y colaborar para poder concretarla”.

Los contenidos del curso de asistente personal se organizan en base a los siguientes ejes conceptuales:

- i. Nociones sobre el marco conceptual de la discapacidad (modelo social) y el marco legal, tanto nacional como internacional sobre esta temática (paradigma de derechos humanos).
- ii. Nociones sobre dependencia y autonomía.
- iii. Adquisición de habilidades y destrezas requeridas para el trato y el apoyo a la persona según su situación de discapacidad.
- iv. Aspectos vinculados a salud ocupacional, derechos y obligaciones del asistente personal en su calidad de trabajador.

El curso consta de 4 Módulos que se integran con las siguientes temáticas: *Módulo I*. Concepto de discapacidad, dependencia, autonomía, dignidad. *Módulo II*: Rol y funciones del asistente personal. *Módulo III*: El asistente personal como trabajador, salud ocupacional. *Módulo IV*. El asistente personal como trabajador, derechos y obligaciones laborales

Al finalizar el curso se realiza una prueba escrita de evaluación la que puede ser complementada con una instancia oral que decida el resultado final, debiendo alcanzar al el 60% del puntaje máximo previsto. En el caso de no aprobar se le vuelve a capacitar para que tenga la posibilidad de una nueva prueba¹²².

El curso tiene una carga horaria de 30 horas, se desarrolla en jornadas de 3 horas de lunes a viernes durante dos semanas, los que se realizan en el Centro de Estudio del BPS en Montevideo y en las sedes alternativas para las capacitaciones realizadas en el interior del país.

Con relación a los cursos de capacitación básica para asistentes personales desarrollado por el BPS, ha culminado el primero en Montevideo, en agosto de 2014 con una concurrencia de 44 participantes. En el interior del país se dictó el primer curso en Paso de los Toros con 33 participantes, procedentes de los departamentos de Tacuarembó, Durazno y Flores. Entre setiembre y octubre del año 2014 se continúa con nuevos cursos

¹²² Consultor Nicolás Brunet – Diagnóstico de capacidades de monitoreo y evaluación en políticas públicas en torno al Envejecimiento Uruguay – Producto 3 - 19/02/2016.

en los departamentos de Tacuarembó (dada la alta demanda en la zona), en Rocha y en Canelones.

Al año 2015 se han capacitado a 500 Asistentes Personales, los cuales se integran al Listado de Asistentes Personales, que registra información según el nivel de capacitación alcanzado: aprobado, no aprobado y sin calificación.

El personal que capacita a los Asistentes Personales se compone de Trabajadores Sociales, Médicos peritos y Psicólogos expertos en incapacidad laboral, Hematólogos y Pediatras expertos en salud ocupacional, Técnicos Prevencionistas y Fisioterapeutas, Técnicos en Relaciones Laborales, formados y especializados en la temática de la discapacidad. Estos profesionales integran los recursos humanos del BPS cumpliendo funciones en diferentes oficinas del Organismo con especificidad en la materia. Colabora personal capacitado de las organizaciones civiles sin fines de lucro de personas con discapacidad y la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

Encuesta Longitudinal de Protección Social, Ronda 1, Uruguay. Disponible on line <http://www.bps.gub.uy/5658/seminarios-y-congresos.html>.

Comentarios de Seguridad Social N° 30 enero-marzo 2011. AGSS-BPS “Evolución de las pensiones de sobrevivencia período 2004 -2010” Disponible on line <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1488/1/evolucion-de-las-pensiones-de-sobrevivencia-periodo-2004-2010.-m.--brovia.pdf>

Pesquisa Neonatal: lo que puede prevenir una gota de sangre – BPS Centro de estudios Seguridad Social Salud y Administración. Disponible on line: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/3543/5/pesquisa-neonatal.pdf>

Comentarios de Seguridad Social N° 31 abril-julio 2011 AGSS-BPS “Programas y servicios para el cuidado de las personas Adultas Mayores Dependientes – Segunda parte Revisión de Programas y Servicios de algunos países de América, Asia y Europa”. Disponible on line: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1478/1/programa-y-servicios-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores.-l.-puqliese.pdf>

Comentarios de Seguridad Social N° 30 enero-marzo 2011 AGSS-BPS “Personas Mayores en Uruguay con limitaciones permanentes o en situación de discapacidad. Segunda Parte: perspectiva de género y evaluación de necesidades de ayudas técnicas y de cuidados”. Disponible on line: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1490/1/personas-mayores-en-uruguay-con-limitaciones-permanentes-o-en-situacion-de-discapacidad.-1era.-i.-nunez.pdf>

Uruguay y la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad – Primer Informe País – Año 2014. Disponible on line: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion_enero_2014.pdf