

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actualización con datos al 2012.

Soc. Silvia Santos
Lic. T.S. Ines Nuñez

PRESTACIONES Y SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Actualización con datos al 2012

Soc. Silvia Santos
Lic. T.S. Ines Nuñez
Asesoría en Políticas Sociales
Asesoría General en Seguridad Social
Julio 2013

1. Consideraciones generales

El objetivo de este trabajo es proporcionar una visión general de los distintos programas y prestaciones del BPS que están orientados a cubrir la contingencia o el riesgo de invalidez; conocer la cantidad de población destinataria y las erogaciones correspondientes, así como su evolución a través de algunos años seleccionados. Además de las prestaciones que consisten 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. También se incluyen las actividades que lleva adelante la institución en ámbitos relacionados a esta temática.

En la Ley 18.651 de 19 de febrero de 2010¹, la cual dicta normas de protección integrales a personas con discapacidad, se considera como tales a "toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Para conocer la cantidad de personas con discapacidad en el territorio nacional, se utilizaron los resultados del Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). De esta fuente de datos surge que el 15,9% de la población del país presenta alguna discapacidad permanente para ver, oír, caminar o aprender².

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

² Censo 2011 Uruguay – INE – Cuadros estadísticos de Discapacidad números 3,4,5 y 6.

Cuadro 1:**Población con alguna discapacidad permanente (para ver, oír, caminar o 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/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.

Del análisis por sexo se registra mayor cantidad de mujeres con discapacidad en relación a los hombres, siendo la discapacidad leve la que registra mayor dato.

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

Cuadro 1.1:

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 menor edad se registra menor cantidad de personas “sin discapacidad”. En el tramo de 0 a 14 años es del 92,4% y a medida que aumentan las edades hasta llegar al tramo de 75 y más se registra un 37,2%, planteándose que a mayor edad aumenta la probabilidad de personas con alguna discapacidad. Al comparar la situación “sin discapacidad” por tramo edad y sexo se observa para ambos sexos igual comportamiento que la población total, en cuanto a que a mayor edad mayor posibilidad de padecer una discapacidad, pero esta situación es más notoria en el caso de la mujer.

Con discapacidad leve se visualiza que en el tramo de 0 a 14 años representa el 3,7% y en el grupo de edad de 75 y más registra el 34,6%, demostrando que a menor edad la discapacidad es de menor intensidad.

En discapacidad moderada la población de 0 a 14 es de 1,3% y en 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 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 estudio por sexo según grado de discapacidad leve, moderada y severa, se plantea que a menor edad el hombre cuenta con mayor dato con discapacidad pero a medida que aumentan los tramos de edad es la mujer quien representa mayor cantidad de registros con discapacidad.

2. Prestaciones económicas

2.1 Prestaciones de pasividad (Invalidez, Vejez y Supervivencia)

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 3 de setiembre de 1995, han sido modificados en parte, por la Ley 18.395 de Flexibilización de las Condiciones de acceso a las Jubilaciones de 15 de octubre de 2008, con vigencia para la seguridad social a partir de febrero de 2009.

2.1.1 Jubilaciones por Incapacidad Total

Con la nueva redacción de la ley, 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, sólo 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 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.

Por la nueva Ley de Flexibilización de acceso a las Jubilaciones, 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 2 se presenta la cantidad de jubilaciones por invalidez, su estructura por sexo, las variaciones anuales de los últimos dos años, así como la variación acumulada con respecto al año 2000.

Cuadro 2:
Cantidad de jubilaciones por invalidez en el mes de diciembre de cada año

	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
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		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	15,86%	1,21	30,88		

Fuente: elaborado a partir de Ring de Prestaciones.

Las cantidades totales de jubilaciones por invalidez se incrementan tanto en años consecutivos, como en el acumulado de todo el período (más del 15%). Estas variaciones se deben principalmente a los incrementos en las jubilaciones de mujeres. La variación femenina del año 2012 con respecto al año 2000, fue de 31%.

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 de mujeres comienzan a ser superiores a las de los hombres. En el año 2012 representan el 56% del total.

El cuadro siguiente presenta la estadística de importes de jubilaciones por invalidez en forma análoga al cuadro 2. Se refiere a las erogaciones mensuales de diciembre en cada año considerado, expresadas en términos constantes a valores de diciembre de 2012.

Cuadro 3:
Importes de jubilaciones por invalidez a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año

	Estructura por sexo (en %)				
	Totales	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2000	405.630.013	225.223.673	180.406.340	55,52	44,48
2004	312.112.282	172.098.861	140.013.421	55,14	44,86
2008	329.604.048	174.015.306	155.588.741	52,80	47,20
2009	360.445.354	188.027.444	172.417.910	52,17	47,83
2010	393.260.597	201.825.969	191.434.628	51,32	48,68
2011	427.129.191	215.220.953	211.908.238	59,39	49,61
2012	474.767.776	236.275.149	238.492.627	49,77	50,23
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		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	17,04%	4,91%	32,20%		

Fuente: elaborado a partir de Ring de Prestaciones

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2012.

En el cuadro 3 se puede observar que en los importes de jubilaciones por invalidez, las mujeres participan en menor medida que los hombres aunque con una tendencia a nivelarse. En los totales, los importes se incrementan en todos los años. En la apertura por sexo los incrementos mayores corresponden a mujeres. Las variaciones con respecto al año 2000 se incrementan en un 17%; el mayor incremento corresponde a los importes de jubilaciones de mujeres que representa el 32,2%.

Estos resultados muestran la incidencia de 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 jubilaciones por invalidez de mujeres, incide además el artículo 14 de dicha ley, que otorga 1 año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que hayan adoptado siendo éste menor o discapacitado, con un máximo total de cinco años.

Por otra parte, para trabajadores dependientes rurales, de acuerdo a la Ley 13.705 de noviembre de 1968, el BPS sirve una reducida cantidad de rentas por incapacidad permanente, a causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales (767 en diciembre de 2012). Consiste en una prestación mensual en dinero de carácter permanente o vitalicio. Los beneficiarios son los trabajadores rurales y los familiares de los trabajadores fallecidos en accidente de trabajo. El número de beneficiarios disminuye progresivamente debido a la derogación de dicha norma (Ley 15.852 de diciembre de 1986).

2.1.2 Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial

De acuerdo a la Ley 18.395 también fueron modificados en forma parcial los requisitos para configurar causal de Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial. El derecho a percibir este subsidio se configura 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.

Para esta prestación, también se elimina el requisito de seis meses de aportación previos a la incapacidad o al cese.

Se presenta la cantidad de subsidios transitorios servidos por el BPS con los importes correspondientes para los años seleccionados. Se dispone de la apertura por sexo a partir de diciembre de 2010.

Cuadro 4:
Cantidad de Subsidios Transitorios en el mes de diciembre de cada año

	Totales	Hombres	Mujeres	Estructura por sexo (en %)	
				Hombres	Mujeres
2000	1.541	---	---	---	---
2004	1.296	---	---	---	---
2008	1.343	---	---	---	---
2009	1.709	---	---	---	---
2010	2.469	902	1567	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
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	27,25	---	---		
2010	44,47	---	---		
2011	30,58	33,48	28,91		
2012	27,73	26,74	28,32		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	167,23%				

Fuente: Ring de Prestaciones.

La cantidad de Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial ha presentado incrementos anuales a partir del año 2008 resultando en un incremento del 167,23% en el año 2012 con respecto al año 2000. La apertura por sexo revela que más del 60% corresponde a subsidios de mujeres.

Cuadro 5:
Importes de Subsidios Transitorios a valores constantes (1), en el mes de diciembre de cada año

	Totales	Hombres	Mujeres	Estructura por sexo (en %)	
				Hombres	Mujeres
2000	12.083.494	---	---	---	---
2004	7.591.392	---	---	---	---
2008	8.670.073	---	---	---	---
2009	12.273.196	---	---	---	---
2010	17.535.635	6.829.138	10.706.497	38,94	61,06
2011	22.607.872	8.966.285	13.641.586	37,34	62,66
2012	30.703.631	12.394.117	18.309.514	37,06	62,94
Variaciones anuales (en %)					
2008	----	---	---		
2009	41,56	---	---		
2010	42,88	---	---		
2011	28,93	31,29	27,41		
2012	35,81	38,23	34,22		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	154,10				

Fuente: Ring de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2012.

Los importes correspondientes a los Subsidios Transitorios también se han incrementado en forma marcada. La variación en 2012 con respecto al año 2000 fue de 154,10%. En la estructura por sexo los importes de mujeres representan más del 60 % del total.

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: 6,5% en 2009, 3,1% en 2010, 5,9% en 2011 y 4,9% en 2012³.

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 de la República que carezcan de recursos para subvenir a sus necesidades vitales y acrediten alguna de las causales:

En el caso 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 él⁴.

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 del discapacitado y la pensión por invalidez, quien 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 N°16.592 de 13/10/1994 la cual interpreta los artículos 1°, 5° literal e) y 19 de la Ley 16.095 de 26/10/1989⁵. Posteriormente por Resolución de Directorio 32-30/2006 del BPS, no se efectúa relevamiento de los ingresos percibidos por los discapacitados severos 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.

³ Porcentajes elaborados a partir de la publicación "Evolución de los Cotizantes" BPS-AGSS.

⁴ 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 \$ 2.417 al 1/01/2012.

⁵ 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.

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.

Cuadro 6:**Cantidad de pensiones por invalidez en el mes de diciembre de cada año**

	Total	Hombres	Mujeres	Estructura por sexo (en %)	
				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%
Variaciones anuales (en %)					
2008	---	---	---		
2009	3,26	3,03	3,48		
2010	5,73	5,26	6,21		
2011	2,59	1,15	4,06		
2012	1,89	1,85	1,93		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	37,94	34,17	41,88		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

El número total de pensiones por invalidez se ha incrementado en 37,94% para el período seleccionado, con 63.156 pensiones en diciembre de 2012. También se han dado incrementos anuales, siendo 2010 el año con el mayor aumento (5,73%). La estructura por sexo muestra que se mantiene un equilibrio de casi el 50% para hombres y mujeres.

Cuadro 7:**Importes de pensiones por invalidez a valores constantes (1) en el mes de diciembre de cada año**

	Total	Hombres	Mujeres	Estructura por sexo (en %)	
				Hombres	Mujeres
2000	228.970.414	109.927.610	119.042.803	51,99	48,01
2004	189.106.170	91.086.681	98.019.489	51,83	48,17
2008	251.316.117	129.527.022	121.789.095	51,54	48,46
2009	271.542.434	139.586.785	131.955.649	51,41	48,59
2010	300.893.376	153.953.017	146.940.359	51,17	48,83
2011	315.508.784	161.130.298	154.378.486	51,07	48,93
2012	339.926.159	173.525.673	166.400.486	51,05	48,95
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		
Variaciones acumuladas (en %)					
2012/2000	48,46	39,78	57,85		

Fuente: Elaborado a partir de RING de Prestaciones.

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2012.

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. Los importes de pensiones de mujeres se incrementan más que los de los hombres, con excepción del último año. La participación femenina en los montos es algo menor que la de los hombres para todos los años de estudio; para el 2012 las mujeres representan el 48,95%.

Dentro de las pensiones por invalidez se incluyen las pensiones por discapacidad severa. En el cuadro siguiente se muestra la estadística con su estructura por sexo.

Cuadro 8:

Cantidad de pensiones de invalidez por Discapacidad Severa en el mes de diciembre de cada año

	Total	Var. Anual (en%)	Var. acumulada 2012/2004 (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	37,62	56,33	43,67

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

(1) Valor mensual corriente expresado en términos reales por IPC de diciembre de 2012.

Las pensiones por Discapacidad Severa se han incrementado en 37,62% en relación a 2004, llegando a la cifra de 17.118 pensiones en diciembre de 2012. Les corresponde aproximadamente el 56% a los hombres y el 44 % a las mujeres.

Cuadro 8.1:

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	73.308.983	---	56,44	43,56
2012	80.141.999	9,32	56,43	43,57

Fuente: Elaborado a partir de Servicios de Desarrollo de Prestaciones

El importe muestra un leve incremento en el último año (9,32%). Los importes correspondientes a las jubilaciones por Discapacidad Severa de hombres rondan el 56% mientras que los importes de mujeres se acercan al 44%.

2.1.3.1 Convenio INDA – BPS

En el marco de cooperación existente entre todos los organismos del Estado con el objetivo de coordinar y desarrollar en forma conjunta servicios para mejorar las prestaciones de la población en general, por RD N° 20-4/2012 de 4 de julio de 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 Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

Debido a la problemática de cobertura que presenta dicho programa ya que sus beneficiarios deben trasladarse a los puntos de entrega de alimentos, dicha 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 los jubilados y trabajadores afiliados al BPS. Por el artículo 25 de la Ley N°16.713 tienen derecho a la misma:

a) Las personas viudas.

b) Los hijos solteros mayores de dieciocho años de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo y los hijos solteros menores de veintiún años de edad excepto cuando se trate de mayores de dieciocho 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°, 2°, 4° y 5° 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 9:**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	-0,37%	21.488	-0,45%	7,96%
2009 (**)	268.873	-0,42%	21.391	-0,47%	7,96%
2010	267.753	-0,66%	21.291	-4,83%	7,95%
2011	265.985	-1,05%	20.262	-0,78%	7,62%
2012	263.180	-0,37%	20.104	-0,45%	7,64%

Fuente: Ring de Prestaciones.

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

(**) Corresponden al mes de noviembre.

Las pensiones de sobrevivencia de personas con discapacidad representan casi el 8 % del total de pensiones de sobrevivencia. En el período de estudio, el total de pensiones de sobrevivencia presentan un 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 reposición⁶.

2.2 Prestaciones a activos

2.2.1 Asignaciones Familiares Ley 15.084

Las Asignaciones Familiares (AF) que se otorgan por Ley 15.084 de 28 de noviembre de 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, jubilados y pensionistas de la actividad privada. Como condición de calificación 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 32% o 16% del valor de la BPC (el cual se sirve en forma bimensual), dependiendo del nivel de ingreso del grupo familiar, lo que equivale al doble de una asignación común.

⁶ Comentarios de Seguridad Social, N°30, Enero – Marzo 2011. “Evolución de las pensiones de sobrevivencia. Período 2004 – 2010”, de Cra. M. L.Brovía.

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, 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, etc.).

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, éste y un acompañante, tienen derecho a pasajes, alimentación y hospedajes gratuitos.

En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de beneficiarios de AF con discapacidad por ley 15.084 a diciembre de cada año.

Cuadro 10:

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	Liceal 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

Fuente: Ring de Prestaciones.

La cantidad de beneficiarios discapacitados ha mostrado un descenso a lo largo del periodo de estudio. A diciembre de 2012 se registran 837 beneficiarios. La disminución se explica por la entrada en vigencia de la Ley 18.227 -que se detalla a continuación-, cuya aplicación fue incorporando en forma gradual, aquellos beneficiarios de la ley 15.084 que también calificaban para la nueva Ley del Plan de Equidad.

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 Ley 18.227, que entró en vigencia el 1° de enero de 2008. Son prestaciones de carácter asistencial y por lo tanto, no contributivas. Las mismas se sirven en forma mensual.

La población beneficiaria de las AF del Plan de Equidad son los niños, niñas y adolescentes que integren hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica⁷ 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/a cursa estudios de nivel superior a primaria en instituciones de enseñanza estatales o privadas autorizadas por el órgano competente.

Si el beneficiario/a 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 periodos de tres años, con revisión médica al finalizar cada período.

El monto de la prestación por discapacidad corresponde a una suma fija de \$ 1.342,81 al 1°/01/2012.

Se presenta la cantidad de Asignaciones Familiares para personas con discapacidad, otorgadas por Plan de Equidad y las correspondientes variaciones.

Cuadro 11:
Cantidad de AF Ley 18.227 (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

Fuente: Ring de Prestaciones.

Se observa que los beneficiarios por Plan de Equidad se incrementan, como resultado de la aplicación de esta nueva ley. A diciembre de 2012 se registraron 10.485 beneficiarios con discapacidad física o psíquica.

3. Beneficios de salud

3.1 Departamento de Especialidades Médico Quirúrgico

El Departamento de Especialidades Médico Quirúrgicas, (DE.ME.QUI.) forma parte de los servicios que brinda la unidad de Prestaciones de Salud del BPS. Este Departamento fue

⁷ 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.

asignado a la ex Dirección General de la Seguridad Social, hoy BPS, en el año 1981, según Ley N° 15.084 del 28 de noviembre de 1980⁸.

Se presta asistencia especial a beneficiarios (hijos de contribuyentes del BPS -empleados de la actividad privada que aportan al BPS- e hijos de funcionarios del BPS) que presenten patologías congénitas con o sin malformaciones o patologías emergentes de riesgos perinatales. La atención en este servicio se puede iniciar hasta la edad de 13 años, 11 meses y 29 días⁹. Además se consideran a los menores beneficiarios afiliados a una institución de asistencia médica colectiva, los cuales solo tendrán derecho a la atención o asistencia por situaciones que no estén obligados a cubrir las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva¹⁰. El servicio atiende a beneficiarios de todo el país¹¹.

En el DEMEQUI se concentran las diferentes especialidades médicas, con el cometido principal de realizar la asistencia especializada de los beneficiarios, en especial el diagnóstico, tratamiento integral y rehabilitación de niños portadores de patologías congénitas con o sin malformaciones y de patologías inherentes al riesgo perinatal, buscando su recuperación hasta los límites máximos alcanzables por el estado actual del conocimiento. A estos efectos cuenta con servicios médicos, quirúrgicos y especialidades referidas a la salud mental, tanto en consultas individuales como integrando distintos equipos interdisciplinarios, contando además con Servicios de Apoyo como Enfermería, Registros Médicos, Coordinación de estudios y Administrativos.

En el siguiente cuadro se presentan las consultas realizadas en el servicio DEMEQUI por parte de los usuarios con derecho a asistencia.

⁸El objetivo del Servicio Materno Infantil que brinda el Banco de Previsión Social está referido a la protección a la familia, maternidad, infancia (niños sanos y niños con patologías congénitas) y se compone de tareas preventivas y asistenciales. Las prestaciones reguladas se otorgan en dinero o en especie según las normas referidas en el marco jurídico regulador.

⁹ En el Marco Regulador de las prestaciones de salud del BPS, Servicio Materno Infantil y Ayudas Especiales. Título III. Reglamentación de las Prestaciones de Salud, Capítulo I Texto actualizado del Servicio Materno Infantil, numeral II.3 se define la población a atender.

¹⁰ Marco Regulador de las prestaciones de salud del BPS, Servicio Materno Infantil y Ayudas Especiales. Título III. Reglamentación de las Prestaciones de Salud, Capítulo I Texto actualizado del Servicio Materno Infantil, numeral II.6.

¹¹ Dirección Técnica de Prestaciones – Prestaciones de Salud - Informe de Servicios Asistenciales de Salud – Período 2008-2012– Servicios Médico Quirúrgicos.

Cuadro 12:
Número de consultas en el DE.ME.QUI. por año seleccionado, según especialidad

	2000	2004	2008	2009	2010	2011	2012
Cardiología	1.925	3.748	6.420	4.923	3.748	3.249	2.512
Cirugía pediátrica	2.354	2.094	2.477	1.731	1.374	1.074	936
Cirugía plástica	2.127	1.645	2.587	2.425	2.434	2.198	2.008
Dermatología	714	1.334	784	789	773	540	441
Endocrinología	725	1.645	2.373	2.325	1.934	1.844	1.672
Fisiatría	2.997	800	2.433	2.049	1.440	1.079	776
Foniatría	(**)	1.572	45	40	(**)	(**)	(**)
Gastroenterología	1.340	1.480	3.866	3.032	2.216	2.114	2.179
Hematología	403	703	898	644	449	439	310
Neumología	856	1.509	1.383	888	756	737	802
Neurocirugía	381	267	621	630	627	544	519
Neuropediatria	9.479	18.789	14.981	13.273	10.407	9.010	7.181
Oftalmología	11.249	10.266	12.848	10.981	7.984	6.454	4.864
Ortopedia	4.658	5.642	6.711	5.159	4.800	4.657	4.144
Otorrinolaringología	10.720	7.503	10.655	7.308	4.721	3.708	2.863
Pediatría Especializada	5.058	4.308	993	1.660	1.603	1.551	1.400
Pediatría externa	(**)	701	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)
Psicología	(**)	9.681	(**)	(**)	(**)	35	161
Psiquiatría adultos	(**)	1.302	1.855	1.934	1.984	2.015	1.918
Psiquiatría infantil	3.613	4.096	6.327	4.368	5.957	4.440	4.838
Urología	2.818	5.273	6.342	5.455	3.189	2.688	2.096

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

Nota: Los datos de los años 2000, 2004, 2011 y 2012 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.

(**) Sin información.

Se observa que a partir del año 2008 y 2009 en la mayoría de la especialidades decrece el número de consultas, alguna de las excepciones son cirugía plástica y psiquiatría de adultos. Esta reducción está relacionada con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que ha posibilitado una movilidad hacia otros servicios de salud y ha llevado a un cambio en las características de la población asistida en cuanto a que la misma es portadora de enfermedades más complejas.

3.2 Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal

El BPS integra el Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal, donde al recién nacido se le realiza la detección de alguna malformación o discapacidad.

Los defectos congénitos constituyen la mayor causa de mortalidad infantil luego de la mortalidad por desnutrición, diarreas, enfermedades infecciosas y trasmisibles. En algunos de ellos, si se los diagnostica precozmente, puede evitarse el retardo severo irreversible y devastador¹².

¹² 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.

Se define el término pesquisa como: “búsqueda masiva, en todos los recién nacidos, de individuos en situación de riesgo de ser afectados por enfermedades. Una vez detectadas, se requieren pruebas confirmatorias y diagnóstico clínico y bioquímico”.

En Uruguay se pesquisa Hipotiroidismo Congénito (HC), Fenilcetonuria (PKU), Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Fibrosis Quística (FQ), Masa (PP - Programa Piloto).

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 16.095 de 1989. En el año 1994 se aprueba el Decreto 183/994 donde el MSP obliga a todas las instituciones públicas y privadas a realizar esta detección.

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 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 05/11/2007¹³, se establece la obligatoriedad de la investigación en el recién nacido 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 screening a través de emisiones otoacústicas (EOA), antes del alta de la maternidad. Se debe denunciar los casos detectados ante el Departamento de Epidemiología del MSP.

En el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud se define las competencias de los organismos para lograr las acciones de prevención de enfermedades congénitas y degenerativas. El MSP es el organismo rector 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. El CHLAEP (Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes), cita los casos detectados, las repeticiones y realiza control de seguimiento. La Administración Nacional de Correos asume el transporte de las muestras desde todos los puntos del territorio del país.

¹³ Sustituye el artículo 1 y 2 del Decreto 430/994 de 21/09/2004.

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.

Las pesquisas están dirigidas a todos los niños y niñas, sean o no beneficiarios/as del BPS y cualquiera sea su prestador de salud.

3.2.1 Premio Reina Sofía 2010

El Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal del BPS fue galardonado con el Premio Reina Sofía 2010 a la Prevención de la Discapacidad otorgado por el Real Patronato sobre Discapacidad de España¹⁴.

El premio consiste en 50.000 Euros que se destinarán 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.

Esto se ha logrado por el trabajo de los integrantes del Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal en conjunto con todo el personal de las diferentes Maternidades del país, públicas y privadas, así como con los funcionarios del Correo Nacional y de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Con ellos este Programa garantiza su alcance nacional y universal.

3.3 Rehabilitación para las personas con discapacidad

El BPS como gestor y promotor de políticas sociales, ha definido como uno de sus lineamientos estratégicos el desarrollo de mecanismos para ampliar la cobertura e inclusión en el sistema de protección social. En este sentido la institución ha desarrollado una batería de servicios y prestaciones para distintos tipos de poblaciones enfocada hacia la rehabilitación y promoción de la autonomía de las personas con discapacidad, cubriendo a todos los beneficiarios de la seguridad social, contemplando los requerimientos de los distintos grupos étnicos, de acuerdo a la situación de activos o pasivos e incluyendo además a otros colectivos de la población.

3.3.1 Ayudas extraordinarias

Estas prestaciones de carácter económico están avaladas por una evaluación técnica destinada a la rehabilitación y/o reeducación de usuarios con trastornos en el desarrollo neuropsicológico y de usuarios con discapacidad. Apuntan a la rehabilitación e integración al medio de estas personas. Consisten en el pago de una suma destinada a solventar el costo de la concurrencia de dichas personas a escuelas especiales, institutos de rehabilitación, escuelas e institutos habilitados por ANEP, que realicen integración y/o instituciones recreativas o deportivas cuyas actividades propendan a la rehabilitación de los mismos. También se incluye el pago para la locomoción de las personas con

¹⁴ Tiene como fin la promoción y mejora de la prevención de deficiencias y de la atención a las personas con discapacidad, así como de su desarrollo personal y consideración social.

discapacidad o de sus acompañantes para el traslado hacia y desde las referidas escuelas, institutos e instituciones, incluidas las normales e institutos de enseñanza, sean estos preescolares de primaria, secundaria o instituciones de educación terciaria¹⁵.

La suma mencionada está destinada a contribuir a la integración del precio de las instituciones arriba mencionadas o, al costo del traslado efectuado por transportistas autorizados por BPS. Incluye el costo de la locomoción para los beneficiarios y de los boletos para el acompañante.

Pueden acceder a estas prestaciones los niños y niñas con discapacidad beneficiarios de la Ley 15.084 de Asignaciones Familiares¹⁶, los pensionistas por invalidez, los usuarios del DE.ME.QUI. e hijos de trabajadores del BPS.

Por RD N° 123/2008 de Gerencia General de fecha 09/05/2008, se aprobó el plan de trabajo para la integración al Sistema Nacional Integrado de Salud de las prestaciones del Programa de Ayudas Extraordinarias (AYEX) que otorga el Organismo.

En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de Ayudas Extraordinarias según el destino de la misma: institutos de enseñanza, transporte y boletos. Para cada categoría se presenta su estructura por sexo.

Cuadro 13:
Cantidad de AYEX otorgadas en el mes de julio de cada año

	Instituto			Transporte			Boletos		
	Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)		Total	Estructura (en %)	
		hombres	mujeres		hombres	mujeres		hombres	mujeres
2008	11.839	61,04	38,96	1.445	59,02	40,98	338	60,00	40,00
2009	13.106	61,08	38,92	1.471	58,65	41,35	355	60,00	40,00
2010	13.695	61,15	38,85	1.408	60,37	39,63	322	58,02	41,98
2011	14.361	61,39	38,61	1.237	61,54	38,46	290	61,41	38,59
2012(1)	17.862	62,13	37,87	1.305	60,15	39,85	285	63,86	36,14

Fuente: Dirección Técnica de Prestaciones – Gerencia Prestaciones de Salud.

(1) Datos en el mes de diciembre.

La mayoría de las ayudas corresponden al pago de instituciones (casi el 96 %). Para cada uno de los ítems 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 años¹⁷.

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

¹⁵ El beneficio para quienes concurren a Instituciones de Educación Terciaria se incluyó a partir de la R.D.N° 18-1/2011 de 22 de junio de 2011.

¹⁶ Los beneficiarios que opten por la prestación de la Ley 18.227 del Plan de Equidad, mantienen el derecho generado por la Ley 15.084.

¹⁷ De acuerdo a indicadores de Niñez y Juventud de APSS.

Cuadro 14:
AYEX otorgadas monto anual en valores constantes (1)

	Estructura por tipo de AYEX (2) (en %)			Montos	Var. anual (en %)	Var. Acum. 200/2012 (en %)
	Institutos	Transporte	Locomoción			
2000	---	---	---	383.429.875	---	---
2004	---	---	---	307.725.063	-19,74	---
2008	94,08	4,81	1,11	448.064.143	45,61	---
2009	94,62	4,39	0,99	457.231.455	2,05	----
2010	94,98	4,12	0,90	501.658.861	9,72	----
2011	95,95	3,29	0,75	526.255.225	4,90	---
2012	95,87	3,40	0,73	554.855.411	5,43	44,71

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio de 2012.

(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 la suma de \$ 554:855.411 en el año 2012, lo que significa un incremento de 44,71% con respecto al año 2000.

3.3.1.1 Apoyo a la Equinoterapia

De acuerdo a los Decretos del Poder Ejecutivo N°s. 268/2003, 310/2007 y 480/2008, se considera la importancia de la Equinoterapia como técnica complementaria de rehabilitación bio-psico-social 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. El BPS desde el año 2010, viene apoyando a la equinoterapia a través de actividades coordinadas y apoyos económicos a centros en Montevideo, Paysandú y Colonia, con las Asociaciones Civiles y el Ejército Nacional.

Por R.D. N° 21-4/2012 de 17/07/2012, se incluye la prestación complementaria de apoyo para el acceso a la equinoterapia destinada a niños y adultos con discapacidad, dentro de las Ayudas Extraordinarias del BPS. En dicha resolución se autoriza la suscripción de un convenio de cooperación entre el BPS y el CENAFRE, representado por la Asociación Civil "Olimpicos de Shanghai" (ACODES).

El monto de la partida complementaria se fijó en 2012 en \$ 1.000 (mil pesos uruguayos), reajustables en forma similar a las ayudas extraordinarias.

3.3.2 Beneficios de salud en servicios externos

Como ya se mencionó, los usuarios del DEMEQUI no solo cuentan con la atención médica dentro del BPS y las Ayudas Extraordinarias sino que además tienen derecho de acuerdo a su congenitura, a Ordenes 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, prótesis y órtesis tales como lentes, audífonos, sillas de ruedas, las que se brindan gratuitamente y hasta la corrección de la patología o estabilización de la misma para su posterior inserción social.

Traslados. En el caso de los pacientes incluidos en la definición de congénitas del DEMEQUI y cuando el tratamiento médico lo exige, 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 envían beneficiarios y acompañantes con proveedores de ómnibus de líneas interdepartamentales, así como proveedores de camionetas privadas.

En los siguientes cuadros se plantea información desagregada donde se expresan la cobertura de traslados de los beneficiarios del DEMEQUI.

En el 2012 se otorgaron 23.166 frecuencias de solicitudes de traslados interdepartamentales correspondientes a 5.724 beneficiarios. El número de beneficiarios y de solicitudes muestran una tendencia descendente que se explica en parte por la entrada en vigencia del SNIS.

Cuadro 15:

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	23.166	5.724

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

Nota: Los datos refieren a Órdenes de Asistencias de Salud (OASIS), expedidos como OASIS 11. Refieren a traslados en ómnibus de líneas interdepartamentales y camionetas privadas.

En el 2012 se registró un gasto anual de casi 51 millones de pesos para realizar 7.144 traslados de beneficiarios en ambulancias o camionetas especializadas.

Cuadro 16:

Cantidad de traslados en ambulancias o camionetas especializadas y monto anual en valores constantes (1). Años seleccionados

	Traslados	Monto
2004	9.371	---
2008	11.348	---
2009	6.662	26.532.734
2010	6.332	30.967.456
2011	6.874	41.747.686
2012	7.144	50.790.321

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

Nota: Los datos corresponden a Órdenes de Trabajos Externos (OTES) expedidos por Prestaciones de Salud.

Alojamiento. A los pacientes residentes en el Interior del país que deben concurrir al DEMEQUI se les brinda alojamiento para ellos y sus acompañantes por medio de un

servicio de hotelería¹⁸, facilitando realizar la atención y tratamientos indicados para la rehabilitación del beneficiario. Se discrimina en alojamiento de pensión completa, y de media pensión y también se presenta costo diferencial para los menores de 5 años.

Del cuadro que sigue se observa un aumento del número de alojamientos desde el comienzo del período hasta el año 2009 con 33.531 registros. A partir de este año los alojamientos descienden a 10.687 en el año 2012, con un gasto de casi 5.186 pesos.

Cuadro 17:

Cantidad de alojamientos y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Alojamiento	Monto
2004	9.127	---
2008	29.584	---
2009	33.531	11.400.491
2010	24.447	9.067.510
2011	19.033	8.636.231
2012	10.687	5.185.900

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

Alimentación. 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, el DEMEQUI ofrece un servicio de alimentación¹⁹

El cuadro informa sobre la cantidad de alimentos distribuidos a los pacientes y familiares acompañantes que se atienden en el DEMEQUI, observando una disminución poco significativa con relación a la prestación del servicio hasta el año 2010. En 2012 se brindaron 25.798 servicios de alimentación por un monto anual de 1,7 millones de pesos, existiendo una leve baja del servicio en comparación a los años anteriores.

Cuadro 18:

Cantidad de servicios de alimentación y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Alimentación	Monto
2004	32.565	---
2008	31.279	---
2009	30.686	1.998.141
2010	30.642	2.001.029
2011	32.567	2.210.238
2012	25.798	1.753.240

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

Consultas a otros servicios de salud fuera de BPS. De las prestaciones que reciben los usuarios del DEMEQUI en otros servicios de salud que el BPS contrata para lograr una rehabilitación integral del beneficiario (procedimientos médicos, prestaciones complementarias, análisis clínicos, odontología, etc.), se observa que los procedimientos médicos son los utilizados con mayor regularidad en comparación a los otros productos de

¹⁸ Este servicio es brindado por Licitación por el Hotel ARAMAYA.

¹⁹ Este servicio era brindado por la empresa FEDIR SA y desde Noviembre 2010 es el Hotel ARAMAYA.

salud. Las órdenes externas contratadas muestran un descenso en los últimos años, siendo de mayor significación los procedimientos médicos y odontológicos.

Cuadro 19:

Cantidad de servicios contratados y monto anual a valores constantes (1) por tipo de prestaciones. Años seleccionados

	Procedimientos Médicos		Análisis Clínicos		Procedimientos Odontológicos	
	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto
2004	109.994	---	1.409	---	5.034	---
2008	82.836	---	1.979	---	1.545	---
2009	90.973	35.250.649	1.483	978.144	1.666	913.703
2010	73.358	29.439.011	1.379	876.101	1.820	995.607
2011	60.956	27.193.208	1.563	939.787	1.986	1.009.154
2012	49.095	24.910.600	1.253	921.522	1.599	756.097

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

Prótesis, órtesis y lentes. Este tipo de prestación complementaria se otorga por BPS a los beneficiarios del DEMEQUI con la prescripción médica correspondiente para rehabilitar a los usuarios. Comprende aparatos ortopédicos, audífonos, odontología y ortodoncia, sillas de ruedas, respiradores, ópticas, etc. De estas prestaciones, las solicitudes de lentes son las más requeridas.

El gasto anual en 2012 fue cercano a los 28 millones y medio de pesos.

Cuadro 20:

Cantidad de solicitudes de prótesis, órtesis y lentes y monto anual a valores constantes (1). Años seleccionados

	Prótesis	Órtesis	Lentes	Monto (2)
2004	109	876	1.344	---
2008	111	1.256	1.987	22.932.557
2009	41	1.144	1.880	21.091.135
2010	48	1.277	1.858	22.634.797
2011	54	1.282	1.804	22.410.888
2012	47	1.376	1.578	28.409.751

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

(2) Incluye destino de toda la Gerencia Prestaciones de Salud.

En esta línea de prestaciones brindadas 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.

3.3.3 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)²⁰.

En lo que tiene que ver con las Ayudas Técnicas, es importante destacar que el BPS aprobó un proyecto de convenio²¹ 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)^{22 23}.

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 transitoria²⁴.

Pertenece a la OISS y 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 – Madrid, España²⁵.

Asimismo cabe destacar que el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas - UNIT, ha adoptado en marzo/2008 la norma internacional ISO 9999:2007²⁶ – Productos de Apoyo para Personas con Discapacidad – Clasificación y Terminología. 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

²⁰ <http://www.discapacidaduruguay.org/>

²¹ Resolución de Directorio N° 28-11/2007 de 22/08/2007 – Proyecto Convenio “Centro Iberoamericano para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas – CIAPAT.

²² La Organización Iberoamericana de Seguridad Social 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). Pertenece a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y 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.

²³ 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.

²⁴ 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.

²⁵ En este marco de cooperación técnica, la Terapeuta Ocupacional Isabel Valle Gallego de CEAPAT (IMSERSO – España), expuso en el Seminario sobre Formación de Cuidadores y Cuidadoras de Adultos Mayores, celebrado en Montevideo en noviembre/2010 en el Centro de Estudios del BPS, sobre las “Ayudas Técnicas y Adaptación del Hogar, Movilizaciones, traslados e higiene postural”.

²⁶ <http://www.unit.org.uy/catalogo/detalle.php?idC=2053&resaltar=>

prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación²⁷.

3.3.3.1 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 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 ortopédicos.

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 otorga prótesis y órtesis en forma integral y sin costo.

En el cuadro que sigue se aprecia los beneficios otorgados por el BPS desde el año 2005 a 2012. En el año 2012 se concedieron a la población activa 107.715 lentes y 31.267 prótesis. La categoría lentes cuenta con un registro mayor en relación a prótesis otorgadas, siendo este producto de apoyo el más requerido entre los trabajadores. En los últimos años se observa que en forma gradual aumenta la solicitud de prótesis.

Por zona geográfica, para lentes se registra casi un mismo comportamiento, tanto en Montevideo como en el Interior. En prótesis existe una mayor proporción de solicitudes otorgadas en el Interior en comparación a Montevideo para los trabajadores que se encuentran integrados a la seguridad social del BPS.

Cuadro 21:

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

	Lentes	Mont.	Int.	Total	Prótesis	Mont.	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

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

²⁷ 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.

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.

Por R.D. N° 15-2/2009 de 13/05/2009 se dispone elevar a 15 BPC, correspondiendo a un equivalente de \$ 36.255 en 2012, el tope máximo de ingresos para acceder al sistema de prótesis. Comprende a Jubilados, Pensionistas de Sobrevivencia, Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial, Pensiones Graciables y Pensiones Vejez e Invalidez, Asistencia a la Vejez y Pensiones Especiales Reparadoras²⁸.

En R.D. 37-27/2009 de 11/11/2009 se aprueba la nueva versión del Reglamento de Préstamos para Prótesis, Ortesis 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 \$ 96.680 en 2012. 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 prótesis²⁹. 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 2012, teniendo en cuenta que cubre el período de inicio de este programa hasta la actualidad. Se realiza apertura por localidad y sexo.

Cuadro 22:

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

	Total		Personas (en %)			Importes (en %)		
	Personas	Importes	Mont.	Interior	Total	Mont.	Interior	Total
2008 (2)	5.142	39.381.628	32,7	67,3	100,0	37,2	62,8	100,0
2009	7.254	57.134.424	27,8	72,2	100,0	34,2	65,8	100,0
2010	7.445	59.708.154	26,2	73,8	100,0	32,4	67,6	100,0
2011	8.036	63.482.126	26,5	73,5	100,0	33,1	66,9	100,0
2012	8.319	66.921.143	26,1	73,9	100,0	30,9	69,1	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 2012.

(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 2012 se otorgaron préstamos para financiar prótesis, órtesis y similares por un monto de 67 millones de pesos a un total de 8.319 personas.

²⁸ Comprendiendo también a funcionarios del BPS.

²⁹ El Reglamento se fundamenta en la ley N° 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.

Casi tres cuartas partes de los préstamos se dan a beneficiarios del Interior del país, correspondiendo para 2012 el 69,1% y cubre el 73,9% de personas.

Mayoritariamente los préstamos se destinan a la compra de instrumentos ópticos. En promedio, en 2012 el 74,5% de beneficiarios solicitó el préstamo para ópticas, el 13,7% para ortopedia y el 11,9% para odontología. El 59,8% de los montos otorgados en préstamo se destinaron a ópticas, el 25,1% a ortopedia y el 15,0% para servicios odontológicos.

Cuadro 23:

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

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.

Por sexo, se observa que la mayor parte de los préstamos son solicitados por mujeres. El siguiente cuadro muestra que en el año 2012 del total de 8.319 solicitudes para financiar ayudas técnicas 5.356 (64,4%) han sido tramitados por mujeres, más que duplicando el dato registrado para los hombres beneficiarios. La estructura de los importes por sexo es similar a la estructura de prestatarios por sexo.

Cuadro 24:

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	12.653.382	26.728.246	39.381.628
2009	2.462	4.792	7.254	19.505.177	37.629.247	57.134.424
2010	2.451	4.994	7.445	19.987.888	39.720.266	59.708.154
2011	2.684	5.352	8.036	20.717.393	42.764.733	63.482.126
2012	2.963	5.356	8.319	24.245.340	42.675.803	66.921.143
	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

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 2012.
(2) a partir del 19 de mayo de 2008.

El siguiente cuadro muestra como se distribuyen los préstamos según el destino de los mismos. El mayor porcentaje se destina a cubrir necesidades ópticas tanto en solicitudes

de hombres como de mujeres. Asimismo se puede observar que los hombres utilizan el destino de ortopedia en una mayor proporción que las mujeres, mientras éstas utilizan los préstamos para odontología y óptica en una proporción algo mayor que los hombres.

Cuadro 25:

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

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.

3.4 Reconversión Laboral

La población activa cuenta con la posibilidad de la reconversión laboral en el caso de comprobar la factibilidad de rehabilitación. De no ser posible, se tramitan subsidios y jubilaciones por incapacidad, de acuerdo a evaluaciones médicas que certifican tal situación.

Con relación a la reconversión laboral, a partir del año 1996, cuando se formalizó la firma de un convenio de cooperación entre el BPS y el MTSS-DINAE-JUNAE, se ejecutaron acciones de coordinación dirigidas a la capacitación laboral de los trabajadores amparados a la ex-DISSE (período prolongado de certificación médica) y a los que percibían en ese momento un Subsidio Transitorio para su tarea habitual. Este programa de orientación laboral se mantiene hasta el año 2006, donde por razones de reestructura interna de la DINAE – MTSS, deja de funcionar³⁰.

A partir de la creación del Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) en el año 2008 y del Programa de Capacitación Laboral a las Personas con Discapacidad (PROCLADIS), se abre una nueva etapa de coordinación entre el MTSS y el BPS para mejorar la calidad de vida y buscar alternativas de inserción laboral de los trabajadores amparados al BPS con certificación de licencias médicas prolongadas o percibiendo Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial³¹.

En este sentido, en el mes de julio de 2012, por R.D. N° 20-7/2012, se firmó el proyecto de convenio entre BPS e INEFOP con el objetivo 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.

³⁰ Expediente Medicina Laboral N° 97/000126.

³¹ Expediente SESP N° 2010/1/64509 (fundamentación del Proyecto con PROCLADIS – INEFOP).

El BPS a través de dicho convenio, brinda una alternativa de capacitación y/o adecuación para la reinserción laboral de aquellos trabajadores que están amparados al Subsidio Transitorio por Incapacidad Parcial, que al término de la prestación no hayan cumplido 60 años de edad y a la población amparada al Subsidio por Enfermedad, con período prolongado de certificación médica.

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 la capacidad remanente, motivación e interés de los mismos la aptitud para el trabajo y el o los cursos que pueden realizar. Luego de la misma son derivados a INEFOP a los efectos de su capacitación³².

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 de setiembre de 1999).
- Asesoramiento Médico Laboral sobre servicios bonificados, de acuerdo con la normativa vigente.

3.5 Operación Milagro

El Programa “Misión Milagro” es un emprendimiento humanitario de los gobiernos de Cuba y Venezuela de cooperación 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 y los primeros pacientes uruguayos viajan a Cuba 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 y problemas 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.

³² Informe brindado por Gerencia Prestaciones de Salud – Gerencia de Sector Salud Ocupacional.

Asimismo se gestiona una casa asistida “Tará Prado” ubicada en Montevideo, con colaboración del BPS, siendo la misma adquirida por el Fondo de Vivienda para Jubilados y Pensionistas del BPS, creada para quienes se recuperan tras un período de internación, y no tienen un lugar adecuado para recibir los cuidados necesarios³³, creado por convenio interinstitucional MIDES – MSP – BPS, con la colaboración de ONAJPU, ANTEL y CUTCSA³⁴.

El BPS colabora con auto y chofer para que el equipo de médicos pueda realizar las pesquisas en todo el país.

Con respecto a los beneficiarios, inicialmente el programa estaba dirigido a los usuarios de ASSE y BPS. Actualmente acceden las Personas que se atienden en ASSE; Jubilados y Pensionistas del BPS con ingresos menores a 10 BPC; Funcionario de UCOT cuyo sueldo sea inferior a \$ 9.740 incluyen padres e hijos de estos funcionarios y Personas que se atienden en el Hospital Policial, en todos los casos cuyos médicos valoren la necesidad de ser operados.

Los usuarios relacionados con el BPS están integrados (además de los jubilados y pensionistas del BPS con ingresos menores a 10 BPC (\$ 24.170 al 01/01/2012)³⁵, por los trabajadores por la cuenta y pequeños empresarios con ingresos de hasta 5 BPC (equivalentes \$ 12.085), trabajadores de menores recursos (cooperativistas sociales del MIDES, productores rurales familiares registrados en el MGAP, monotributistas, integrantes de empresas unipersonales que no aportan IVA, trabajadoras del servicio doméstico)³⁶, los cuales pueden operarse gratuitamente en el Hospital de Ojos “José Martí”.

A julio de 2012 se han realizado 41 mil operaciones, de las cuales 27 mil fueron de cataratas y se realizaron 100 mil pesquisas en ciudades y pequeños pueblos de todo el país.

En el año 2012 el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Banco de Previsión Social (BPS) formalizaron el acuerdo sobre la continuación de la cobertura de patologías oftalmológicas. Entre otros aspectos se debe considerar que el BPS aportó US\$ 250.000 a efectos de mantener la continuidad del equipo de técnicos cubanos en el Hospital de Ojos³⁷.

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 erradicar las causas que producen las inequidades sociales.

³³ Pensado para personas del interior del país.

³⁴ Referido en la página web www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2330,15658 y Página oficial del Mides

³⁵ La persona interesada debe presentarse e inscribirse en la Asociación de Jubilados y Pensionistas correspondiente a su localidad y barrio.

³⁶ Publicado en BPS en la sesión aNexo.

³⁷ Resolución de Directorio del BPS N° 41-37/2011 de 14/12/2011.

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 población³⁸.

La unidad de Prestaciones Sociales del BPS basa su gestión, procurando complementar la protección básica del sistema de Seguridad Social. Desde esta concepción 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 objetivas, dentro de la cual se encuentra la población con discapacidad³⁹.

4.1 Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil

El Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada que desarrolla Prestaciones Sociales del BPS^{40 41} 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.

³⁸ Código Iberoamericano de Seguridad Social - Principios Fundamentales - Art. 10, Numeral 3.

³⁹ Criterios y requisitos para la concesión de apoyos económicos establecidos por el BPS.

⁴⁰ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales para el Repertorio de Políticas Sociales del MIDES.

⁴¹ El Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada se inicia en el año 1990. Normativa que lo comprende: Artículos 9, 10, 11 y 13 de la Ley N° 15.800 de 17 de enero de 1986 y Ley N° 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 autogestionadas 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.

Los beneficios se otorgan a las Asociaciones Civiles sin fines de lucro a nivel nacional, que presten servicios sociales a personas con discapacidad que se encuentran adheridas por convenio al BPS. 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.

Las asociaciones civiles para discapacidad están conformadas a través de 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 26:

Instituciones 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

Fuente: Repertorio Políticas Sociales – Datos remitidos por Área de Prestaciones Sociales del BPS.

Al año 2012 se cuenta con 135 instituciones en convenio, las cuales 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, 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. N° 8-20/2008 de 02/04/2008 se aprueban los “Criterios y Requisitos para la Concesión de apoyos económicos por el BPS”. Entre otros aspectos sustanciales, se establece como distribuir los fondos⁴².

⁴² 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

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

Gráfico 1



Los apoyos económicos que el BPS brinda por año varían según los requerimientos solicitados. En el 2012 el 22,6% del total de Apoyos se destinaron a instituciones de discapacidad, alcanzando un monto de cerca de 9 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 24,4%.

Cuadro 27:

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

	Total	Discapacidad	%
2000	30.518.616	3.433.882	11,3
2004	37.115.578	4.478.486	12,1
2008	30.310.664	5.130.266	16,9
2009	29.732.030	3.661.423	12,3
2010	29.977.715	7.327.385	24,4
2011	30.467.302	3.145.152	10,3
2012	39.599.277	8.932.750	22,6

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

(1) Valor corriente expresado en términos reales por IPC promedio 2012.

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

Los fondos pueden ser destinados para la adquisición de inmueble, de vehículo, equipamiento, construcción, reforma y/o ampliación, mantenimiento, eventos y otros. Se visualiza que “Equipamiento” y “Construcción” son los rubros en los cuales se destina mayoritariamente los apoyos brindados.

Cuadro 28:

Estructura de los apoyos económicos otorgados a Instituciones 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
2004	0,0	0,0	27,6	30,6	28,3	6,4	5,6	1,6	100,0
2008	0,0	9,3	51,7	24,3	7,6	3,1	4,1	0,0	100,0
2009	0,0	6,3	21,0	0,0	62,9	8,4	1,4	0,0	100,0
2010	0,0	0,0	30,2	24,4	39,4	0,0	3,2	2,8	100,0
2011	0,0	15,0	64,2	14,7	0,0	0,6	1,8	3,8	100,0
2012	0,0	0,0	37,5	29,2	15,0	15,0	1,0	2,2	100,0

Fuente: Elaborado a partir de información del Área 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

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^{43 44} se contempla la situación de discapacidad en varios momentos. Se releva la situación de discapacidad en la etapa de inscripción a través de la aplicación del baremo social para la adjudicación de soluciones habitacionales⁴⁵, se considera en la etapa de selección, como prioridad a las personas que padecen alguna

⁴³ Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁴⁴ 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 UR (a Diciembre de 2012 el valor se fija en \$ 607,56, lo que correspondería entre \$ 7.290.72 y 14.581,44 – Fuente Intranet BPS). 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.

⁴⁵ R.D N° 46-32/2006 del 20/12/2006.

enfermedad invalidante 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 Ancianos⁴⁶ en convenio con el BPS para los beneficiarios no autoválidos. Estas dos últimas soluciones habitacionales⁴⁷ 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, las que se comenzaron a otorgar a partir del año 2007.

El Programa contempla la situación de discapacidad en las etapas de la inscripción y selección. 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 29 se presenta información sobre la distribución de aspirantes por situación de discapacidad.

Cuadro 29:
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

Fuente: Centro Servicio Desarrollo de Prestaciones - Área Prestaciones Sociales del BPS. Informe de fecha 19/07/2013.

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 padece.

De los Aspirantes al Programa de Vivienda que se registran con alguna situación de discapacidad, se observa que en los años 2010 y 2011 presentó mayor dato, siendo la condición de Jubilación por Imposibilidad Física Total para toda tarea quien posee mayor cantidad en esta condición. La enfermedad oncológica presenta cifras menores. De acuerdo a las normas vigentes, los pensionistas por invalidez no tienen derecho a este Programa.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Las alternativas de soluciones habitacionales: cupos – camas en Hogares de Ancianos y subsidio alquiler fueron planteadas en la R.D. N° 32-2/03 de 24/09/2003 y en la R.D. E 1 – 6/04 de 14/06/04.

Cuadro 29.1:**Cantidad de Beneficiarios de Soluciones Habitacionales por tipo de discapacidad. Febrero/2013**

	Mujer	Hombre	Total	%
Imposibilidad				
Física				
No	4.000	1.634	5.634	97,6
Si	104	33	137	2,4
Total	4.104	1.667	5.771	100,0
Paciente				
Oncológico				
No	4.059	1.641	5.700	98,7
Si	45	26	71	1,3
Total	4.104	1.667	5.771	100,0

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

A través del tipo de prestación que recibe el beneficiario⁴⁸ (jubilación por causal incapacidad) y según prescripción médica como paciente oncológico, baremado por las oficinas de salud del BPS, se puede observar qué beneficiarios se incluyen dentro de las personas con alguna discapacidad. Del cuadro surge que sólo el 2,37% tiene imposibilidad física y el 1,23% es paciente oncológico. La mujer en comparación al hombre beneficiario del programa cuenta con mayor cifra en la condición de discapacidad registrada.

Al año 2012 se registra que 203 soluciones cupo cama (3,5% del total) han sido destinadas para beneficiarios que no pueden valerse por sí mismos, debiendo tener en cuenta que en el año 2007 ha sido implementado el sistema de otras soluciones habitacionales⁴⁹, que posibilitan que la población con discapacidad pueda ser atendida en los Hogares de Ancianos en convenio con BPS.

Cuadro 29.2:**Cantidad de Beneficiarios por tipo de Soluciones Habitacionales Febrero/2013**

Tipo de Solución Habitacional	Mujer	Hombre	Total	%
Vivienda	3.533	1.482	5.015	86,9
Cupo Cama	160	43	203	3,5
Subsidio Alquiler	376	129	505	8,8
Sin Dato	42	18	60	1,0
Total General	4.104	1.667	5.771	100,0

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

En el cuadro se puede observar que porcentaje de beneficiarios viven en las alternativas de viviendas planteadas, del cual surge que un 86,9% residen en vivienda, un 3,5% son

⁴⁸ 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 Pensionista, que 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.

⁴⁹ Sistema de Información para viviendas y otras soluciones habitacionales.

usuarios a cupo cama en Hogares de Ancianos y un 8,8% corresponden a subsidio alquiler.

Con relación a la construcción de viviendas para jubilados y pensionistas del BPS se plantea en las Bases Técnicas Generales para la Construcción de Viviendas Agrupadas, que un 15% se destinen para “usuarios minusválidos”⁵⁰.

La construcción de las viviendas destinadas a los jubilados y pensionistas del BPS, deben cumplir con lo dispuesto en las Normas UNIT⁵¹ relativas a Accesibilidad al Medio Físico, que se refieren en la tabla siguiente.

Tabla 1:

Normas UNIT de accesibilidad al medio físico exigidas en la construcción de viviendas para jubilados y pensionistas del BPS

<i>Normas UNIT N°:</i>	<i>Disposición en la materia</i>
200:2004	Accesibilidad de las personas al entorno edificado, niveles de accesibilidad recomendables
0905:2006	Accesibilidad de las personas al medio físico, rampas fijas adecuadas y básicas.
0907:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, pasillos y galerías. Características generales
0967:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico, espacios urbanos. Vías de circulación peatonales horizontales.
0969:2005	Accesibilidad de las personas al medio físico. Espacios urbanos. Cruces peatonales a nivel y puentes peatonales.
1020:2007	Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios y espacios urbanos. Servicios sanitarios accesibles.
1089:2007	Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios, cocinas accesibles.
313:2007	Ascensores de pasajeros, seguridad para la construcción e instalación, requisitos particulares para la accesibilidad de las personas, incluyendo las personas con discapacidad.

Fuente: 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.

En otros aspectos, la unidad de Prestaciones Sociales del BPS implementa proyectos de carácter preventivos considerando a grupos de población mayor más vulnerables, como por ejemplo el convenio con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica a través del cual, se dan servicios de podología, pedicuría y psicomotricidad a los jubilados y pensionistas de algunos complejos habitacionales del BPS.

⁵⁰ 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

⁵¹ Sección VI Numeral 79 Accesibilidad al Medio Físico – Pliego Condiciones referido punto 1.

4.3 Programa de Turismo Social

En el marco del Programa de Turismo Social del BPS^{52 53}, se integran a las personas con discapacidad beneficiarias de las instituciones adheridas al BPS, a través del Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada.

Las instituciones sin fines de lucro adheridas al BPS para personas mayores y personas con discapacidad, brindan a los asociados que participan de estas actividades (afiliados a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, usuarios de Clubes de Tercera Edad, Centros de Rehabilitación, Talleres, entre otros) la posibilidad de inscripción a estadías vacacionales ante el BPS, coordinan locomoción para concurrir hasta el lugar y organizan los aspectos de alimentación.

En este sentido, las personas con discapacidad pueden usufructuar de estos servicios que contemplan alojamiento, comida y recreación, a costos accesibles para las poblaciones de menores recursos.

En el gráfico y cuadro que siguen se presentan estadísticas de las instituciones y personas con discapacidad que usufructuaron la Colonia Raigón⁵⁴.

⁵² Información remitida por la oficina de Prestaciones Sociales.

⁵³ 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”.

Se promueven estadías 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 estadías vacacionales.

⁵⁴ 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



Se observa que en el año 2004 se inicia un aumento de participantes, que al año 2008 se duplica esta cantidad y que en el 2012 alcanza el mayor dato de concurrencia de usuarios con discapacidad.

Cuadro 30:

Instituciones 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

Fuente: Área Prestaciones Sociales del BPS.

5. Determinación de las discapacidades

Se encuentran acreditadas ante este Instituto un gran número de discapacidades, las que pueden generar derecho a una prestación o no.

Existen varios instrumentos válidos para acreditar la discapacidad ante el organismo. En algunas situaciones se utiliza el Baremo elaborado por el BPS y en otras la declaratoria judicial de incapacidad o la certificación de la misma por el Patronato del Psicópata de acuerdo a la Ley N° 13.711 de 29 de noviembre de 1968.

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 laborales⁵⁵.

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: “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”⁵⁶.

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° 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 Incapacidad⁵⁷: “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

⁵⁵ 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.

⁵⁶ PORTAL MAYORES (2007) “Glosario especializado en Geriatría y Gerontología [Fecha de publicación: 15/02/2007].

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

⁵⁷ Disponible en las páginas web del BPS.

es imposible decir que el 66% es mucho o es poco, porque si la puntuación del Baremo por una parapleja 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 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. En sus resultandos se expresa: “II) Que se ha realizado la actualización de las normas para la Valoración del Grado de Invalidez (BAREMO) por parte de la Unidad Baremo y Servicios Bonificados de la Gerencia de Prestaciones Económicas del Banco de Previsión Social, que contó con la participación de profesionales médicos de distintas especialidades, con los profesionales representantes del Banco de Previsión Social en las Comisiones Médicas y representantes de las empresas aseguradoras intervinientes en el sistema. III) Que la actualización realizada es compartida en términos generales por los departamentos de Salud Ocupacional y Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República⁵⁸.

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.⁵⁹.

5.2 Estadísticas de trámites de solicitudes de beneficios

De las prestaciones del BPS para personas con discapacidad que se han detallado en este trabajo, el Baremo se aplica para la determinación de las Jubilaciones por Incapacidad Total, Subsidios Transitorios por Incapacidad Parcial, Pensiones de Sobrevivencia y

⁵⁸ Disponible en las páginas web del BPS.

⁵⁹ 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”.

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 y Pensionistas del BPS.

Para determinar discapacidad del hijo del asegurado, del cónyuge o de la concubina, a los efectos del Sistema Nacional Integrado de Salud, por decreto 2/008 del 8/01/2008 artículo 15, se dispone que la condición de discapacidad sea dictaminada por los servicios especializados del BPS. Por R.D. 5-21/2008 de 27/02/2008, en estos casos se puede acreditar la discapacidad por la aplicación del Baremo aprobado por decreto 200/003, por declaratoria judicial o por certificación expedida por la Comisión Honoraria Patronato del Psicópata.

Se presentan algunos datos de gestión relativos a solicitudes por incapacidad física, por estado del trámite y por tipo de beneficio.

Cuadro 31:

Solicitudes de prestaciones por incapacidad física por estado del trámite, según tipo de beneficio

Año		Concluidas				%
		Ingresadas	Otorgadas	Negadas	Pendientes	Otorgadas
2008	Jub. Invalidez	3.845	3.347	222	276	87,0%
	Pens. Invalidez	14.345	7.903	4.438	2.004	55,1%
	Pens. Sobrev.	202	---	---	---	
	Vivienda	87	---	---	---	
	SNIS	11	---	---	---	
	Totales	18.490				
2009	Jub. Invalidez	6.021	4.427	198	1.396	73,5%
	Pens. Invalidez	13.574	8.496	4.651	427	62,6%
	Pens. Sobrev.	192	---	---	---	
	Vivienda	73	---	---	---	
	SNIS	3	---	---	---	
	Totales	19.863				
2010	Jub. Invalidez	7.707	7.229	388	90	93,8%
	Pens. Invalidez	14.817	10.222	4.731	---	
	Pens. Sobrev.	185	---	---	---	
	Vivienda	49	---	---	---	
	SNIS	2	---	---	---	
	Totales	22.760				
2011	Jub. Invalidez	6.193	3.694	98	---	59,6%
	Pens. Invalidez	11.313	4.509	823	---	39,9%
	Pens. Sobrev.	87	73	2	---	83,9%
	Vivienda	24	---	---	---	
	SNIS	---	---	---	---	
	Totales	17.617				

2012

Jub. Invalidez	6.098	3.695	120	---	60,6%
Pens.					47,8%
Invalidez	13.389	6.403	583	---	
Pens. Sobrev.	92	85	0	---	92,4%
Vivienda	57	---	---	---	
SNIS	2	---	---	---	
Totales	19.579				

Fuente: Peritajes Médicos de Gerencia de Prestaciones de Salud; Ring de Prestaciones.

Los totales de solicitudes de peritajes de estas prestaciones entre los años 2008 y 2012 han oscilado entre 17.617 y 22.760. Las Jubilaciones por Invalidez fueron otorgadas en un 75% para los años 2008, 2009 y 2010, mientras que en los años 2011 y 2012 fueron otorgadas en un 60%. Más de la mitad de las Pensiones por Invalidez fueron otorgadas en los años 2008 y 2009 mientras que en los años 2011 y 2012 se otorgaron entre el 40% y el 48%.

Para determinar la discapacidad a los efectos de la incorporación al Plan de Equidad, los servicios médicos del BPS realizan la certificación de la discapacidad física o psíquica. En los casos de niños, niñas o adolescentes que padezcan discapacidad psíquica, la misma se puede acreditar mediante certificación que al efecto expida el Registro creado por la Ley N° 13.711.

Con respecto a las Ayudas Extraordinarias, a los efectos de obtener una aproximación del volumen de trabajo anual que implican estas prestaciones, se presenta la valoración del trámite de las solicitudes de AYEX para los años 2008 a 2012.

Cuadro 32:**Solicitudes de AYEX según estado del trámite**

	Otorgada	Cumplida	Denegada	Fin de trámite	Pendiente	Baja	Suspendida	Total
2008	---	16.692	44	765	---	200	70	17.771
2009	---	16.990	228	2.087	1	209	48	19.563
2010	---	18.441	222	2.004	9	347	39	21.062
2011	15.888	2.280	205	823	---	323	109	21.601
2012	19.452	2.514	316	517	---	573	279	25.937
Total	35.340	56.917	1.015	6.196	---	1.652	545	105.934

Fuente: Gerencia de Prestaciones de Salud.

Desde el año 2008 al año 2012, se encuentran cumplidas 56.917 solicitudes de AYEX, lo que significa que ha finalizado el período de prestación del servicio; 1.015 solicitudes fueron denegadas y 6.196 finalizaron el trámite en forma automática debido al vencimiento del plazo para realizar alguna acción por parte del solicitante.

En el año 2012, del total de 25.937 solicitudes de AYEX presentadas, el 75% fueron otorgadas (19.452), un 10% cumplieron el período de prestación de servicios (2.514), el 1,2% fueron denegadas y un 2% finalizaron en forma automática debido al vencimiento del plazo.

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 Administración⁶⁰. 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 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.

Se presentan un cuadro y una tabla que detallan los cursos que han sido impartidos en el Centro de Estudio del BPS, relativo a temas de la discapacidad.

Cuadro 33:

Cursos relacionados a la discapacidad en el Edificio Brena

	Cursos	Participantes
2010	5	413
2011	17	1.114
2012	10	770

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

Los eventos desarrollados en el período 2010 – 2012 presentan una amplia gama de modalidades que van desde seminarios a jornadas de formación. El mayor número de participantes se registró en el año 2011. Se observa que los convocantes refieren tanto a organizaciones internacionales en coordinación con órganos estatales, como a instituciones sin fines de lucro relacionadas con la discapacidad.

Tabla 2:

Modalidad de cursos y temas desarrollados

Evento	Temática	Organizaciones vinculadas
Encuentro Nacional	Experiencia Discapacidad y Salud Bucal	OPS/OMS/BPS
	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	OPS
Curso Formación	Estrategia Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEP)	OPS/OMS/MSP

⁶⁰ Se efectuó la inauguración formal el 10/12/2009.

	Pesquisa Neonatal Realidad, Mitos y Prejuicios sobre Alzheimer	BPS CICAM
	Formación de formadores de cuidadores de personas adultas mayores. Medicina Paliativa: una necesidad impostergable	ASSE
	Fortalecimiento de las capacidades para la participación social en Salud	IMM
Charla	Educación Inclusiva “Una realidad posible”	Asociación Down del Uruguay
Jornada	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
	2as. Jornadas de Bioética, Derechos Humanos y Discapacidad.	BPS
	3as. Jornadas de Bioética, Derechos Humanos y Discapacidad	BPS
	Enfermedades Neonatal Mes Mundial del Alzheimer	
Debate	Personas con discapacidad	MIDES
Seminario Internacional	Servicios Sociales y Sistemas de Cuidados	BPS – Área de Servicios Sociales
Ceremonia	Inaugural de Inicio cursos Cuidadoras y entrega de certificados a formador de formadores Egreso de Cuidadores – Entrega Certificados	
Evaluación	Sobre curso Cuidadores con participación de Ministros 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	OPS
		OPS
Ciclo	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 con “cuidados” han tenido mayor cantidad de eventos.

Con relación a los Cursos de Cuidados es importante destacar que el BPS mediante convenio⁶¹ con la Fundación ASTUR⁶², en el marco del Sistema Nacional de Cuidados, implementa el Proyecto “Cuidar Mejor”⁶³, y en coordinación con otros Organismo del Estado se conforma una Comisión Interdisciplinaria integrada además por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública y la Comisión del Sistema Nacional de Cuidados.

La Fundación ASTUR, con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y dirigido por el Centro de Humanización de Salud – Camilos de España⁶⁴, líder mundial en temas de atención al adulto mayor, son los referentes del proyecto Cuidar Mejor.

El objetivo general del Programa de Formación y Capacitación de Cuidadores se define como “Mejorar la calidad de vida de personas dependientes necesitadas de acompañamientos y cuidados” y “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 persona 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, un perspectiva desde la comunicación y la metodología docente y 3) perspectiva social y laboral (Derecho Laboral por MTSS, Seguridad Social - BPS y Cuidados y género en el cuidado – MIDES).

En el marco de una experiencia piloto, se desarrollaron dos tipos de cursos: formación de formadores de cuidadores/as de personas adultas mayores (se impartieron dos instancias)

⁶¹ Se celebró el 25 de junio de 2012, destacando la presencia del actual Presidente de la República José Mujica y el titular de la fundación ASTUR, Cr. Enrique Iglesias.

⁶² 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 conducen a mejorar las condiciones de vida y el pleno ejercicio de los derechos de franja vulnerables de la población. Su sede se encuentra en Uruguay, siendo su Presidente el Cr. Enrique Iglesias.

⁶³ Programa de Formación y Capacitación de Cuidadores/as de personas adultas mayores y personas con discapacidad. Pretende dotar de conocimientos, herramientas, habilidades y actitudes para el adecuado desempeño en la atención de personas mayores y dependientes.

⁶⁴ 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, desde hace 30 años. www.humanizar.es

y formación de cuidadores/as de personas adultas mayores (se brindaron a la fecha cuatro instancias). Los cursos no tienen costos para los participantes. Se iniciaron en el 2012 y se continúa en 2013 (en Anexo se brinda mayor detalle). Cada curso, tienen una sección presencial⁶⁵ 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 evaluación. Se contó con un Manual Básico y Seminario con participación de técnicos de alto nivel vinculados a los temas tratados⁶⁶.

7. Ámbitos de participación del BPS en temas de discapacidad

La Ley N° 18.651 de fecha 19/02/2010 de Protección Integral de Personas con Discapacidad, actualiza la ley N° 16.095 de 26.10.1989, proporcionando 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 participa en Comisiones de Trabajo Interinstitucional junto a diversos órganos legislativos y del ejecutivo: MTSS, MIDES, MSP y la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, con la finalidad de reglamentar la Ley 18.651, con autoridades del Organismo y especializados^{67 68}.

En el ámbito del BPS, se ha dispuesto por R.D. N° 18-34/2010 de 23/06/2010 la creación de un Grupo de Trabajo para estudio de la Ley 18.651 y designación de representantes del BPS para intercambio de información con otros Organismos^{69 70}.

7.1. Sistema Nacional de Cuidados

Según la Resolución Presidencial N° 863/010 de 31/05/2010 se creó un Grupo de Trabajo con la finalidad de diseñar el Sistema Nacional de Cuidados, cuya conducción la ejerce el Consejo Coordinador de Políticas Sociales que funciona en el ámbito del Gabinete Social y está integrado por los Ministerios de Salud Pública, Economía y Finanzas, Desarrollo Social y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, convocando al Banco de Previsión

⁶⁵ 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).

⁶⁶ Información proporcionada por el Centro de Estudios de Seguridad Social, Salud y Administración del BPS.

⁶⁷ Comunicado aNexo de 13/07/2010 – Ya está resuelto Sesión Ordinaria N° 18 de 23/06/2010.

⁶⁸ En este sentido por R.D. N° 20-20/2011 de 13/07/2011, el Directorio del BPS resolvió ratificar los informes de fechas 07.05.2010, 10.05.2010 y 02.08.2010, elaborados por el Grupo de Trabajo relativos a la Ley 18.651. Comunicar los referidos informes a las Comisiones del Palacio Legislativo a cargo del estudio de este tema y a los Ministerios de Economía y Finanza, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social, Desarrollo Social.

⁶⁹ Resolución de Gerencia General del BPS N° 107/2010 de 05.05.2010. Grupo de Trabajo Ley 18.651.

⁷⁰ En este sentido por R.D. N°20-20/2011 de 13/07/2011, el Directorio del BPS resolvió ratificar los informes de fechas 07.05.2010, 10.05.2010 y 02.08.2010, elaborados por el Grupo de Trabajo relativos a la Ley 18.651. Comunicar los referidos informes a las Comisiones del Palacio Legislativo a cargo del estudio de este tema y a los Ministerios de Economía y Finanza, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social y Desarrollo Social.

Social, Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay, Administración Nacional de los Servicios de Salud del Estado y a los Gobiernos Departamentales y Municipales. Se prevee además poder invitar a diferentes Organizaciones Académicas y Organizaciones No Gubernamentales.

Esta resolución tiene como finalidad atender la necesidad de las personas que encontrándose en especiales situaciones de vulnerabilidad, necesitan apoyo para el desarrollo de su actividad en la vida diaria, a fin de obtener mayores niveles de autonomía personal. En este aspecto se debe tener en cuenta a las personas en situación de dependencia, niñas y niños pequeños, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Al considerar a la dependencia como un nuevo riesgo social demandado por la población dependiente por edad o discapacidad, se cubre con cuidados, los que se definen como: “Una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, asociada al ciclo de vida de las personas.

Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria”⁷¹.

En el año 2011 en base a un documento de lineamientos se elaboraron aportes conceptuales y un Plan de Trabajo para el diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados de “Debate Nacional”⁷², en el que contiene, entre otros, una participación con actores sociales, políticos, institucionales y académicos- apuntando a la identificación del cuidado como asunto de todos/as y al intercambio sobre modelos de respuesta adecuados a la realidad de nuestro país, que garanticen el derecho al cuidado como parte de una matriz de protección social más igualitaria.

En 2012 se presentó un documento final denominado “Hacia un Modelo Solidario de Cuidados” con propuestas para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados, el que contiene información relativa a: la introducción al tema de cuidados, el marco conceptual y político, la consolidación del sistema en el proceso de consulta hacia la población, propuestas de cuidados para las tres poblaciones prioritarias, financiamiento, institucionalidad, baremo de dependencia y aspectos de género a considerar.

Dentro de las poblaciones propuestas se encuentran las personas en situación de dependencia por discapacidad. Se planteó la necesidad de criterios unificados para la determinación de prestaciones y servicios y la construcción de instrumentos de valoración de grados de dependencia (severa, moderada y leve), que tengan en cuenta la necesidad de ayuda de tercera persona y apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, así como los factores contextuales socio-económicos y culturales⁷³.

⁷¹ Definición de Cuidados elaborada por el Grupo de Trabajo para el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados creada por Resolución Presidencial N° 863/010 de 31/05/2010.

⁷² El Debate Nacional se realizó durante el año 2011.

⁷³ Documento del Grupo de Trabajo – Hacia un Modelo Solidario de Cuidados – Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados.

Las propuestas se establecen en el marco de donde se realizan los cuidados: dentro y fuera del hogar. Los cuidados dentro del hogar están relacionados con los cuidados para mejorar la autonomía personal y apoyo familiar, según el grado de dependencia. Tanto los cuidados dentro y fuera del hogar incluyen apoyos personales y no personales. Como apoyo personal se entiende a una tercera persona, que puede ser un cuidador/a no familiar o asistente personal y en apoyo no personal se incluyen a las ayudas técnicas y tecnológicas.

Dentro de las principales propuestas y las líneas de trabajo a priorizar, se considera que dentro del hogar se implemente el Cuidador no familiar en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y el servicio de Teleasistencia y Ayudas Técnicas, en el marco de un programa específico para cada servicio. Fuera del hogar se plantean Centros Diurnos con ampliación de nuevos servicios, reorganización de los existentes e integración de cuidadores/asistentes en los centros. Regulación de Centros Residenciales, Viviendas Tuteladas y Servicio de Cúratela para todas las edades⁷⁴.

7.2 Asistencia Personal para personas con discapacidad severa

La ley N° 18.651 de 19 de febrero de 2010 sobre Protección Integral de las Personas con Discapacidad, en el capítulo IV faculta al Poder Ejecutivo a crear el Programa de Asistentes Personales para Personas con Discapacidades Severas, el que será administrado por el BPS.

En el año 2012 el BPS participa del proyecto Apoyo a la protección social del Uruguay: políticas de infancia y políticas de cuidados, en el marco de un acuerdo entre el gobierno uruguayo y el Sistema de las Naciones Unidas en el Plan de Acción de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011-2015. Las instituciones involucradas son el MIDES como asociado nacional en la implementación, ONU Mujeres agencia ejecutoria y UNFPA como agencia asociada⁷⁵.

Este proyecto tiene como objetivo contribuir a la construcción del conocimiento para el desarrollo del Sistema Nacional de Cuidados, a fin de aportar insumos específicos para el diseño de una estrategia de implementación de las prestaciones previstas en la Ley N° 18.651, destinadas a personas que reciben la pensión por discapacidad severa en la órbita del BPS⁷⁶.

En el 2012 el BPS firmó convenio con la Fundación Asturias – Uruguay (ASTUR) para instrumentar la capacitación y formación de formadores en materia de cuidados, efectuar una experiencia piloto de tele-asistencia y realizar 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).

⁷⁴ Documento del Grupo de Trabajo – Hacia un Modelo Solidario de Cuidados – Propuesta para la construcción del Sistema Nacional de Cuidados.

⁷⁵ Términos de Referencia Asistencia Técnica que contribuya a la generación de información en el marco de las prestaciones previstas en la Ley 18.651 (destinadas a personas que reciben pensión por discapacidad severa).

⁷⁶ Ibid información referida en numeral 65.

Por otra parte el BPS viene desarrollando la Encuesta de Protección Social, un proyecto cofinanciado por el BID, que permitirá conocer mejor la situación de la protección social en el país para seguir promoviendo los cambios necesarios y posibles. El análisis de esta información permitirá un conocimiento más específico y orientador en propuestas para las poblaciones más vulnerables, entre las que se encuentran las personas con discapacidad, primera infancia y adultos mayores⁷⁷.

7.3 Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad

Por R.D. N° 24-59/2005 de 3/8/2005⁷⁸, el Directorio del BPS crea la “Comisión Asesora Honoraria de Seguridad Social sobre Discapacidad”, la cuál 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 Intersocial de Discapacidad Inserción Laboral y Seguridad Social COMINT.

La Comisión Asesora se constituye el 07/10/2005, aprobando en esta instancia el Proyecto de Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Asesora⁷⁹, la que dispone, entre otros cometidos que:

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 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.

En este período la Comisión ha abordado y gestionado un amplio abanico de temas relativos a la discapacidad. Se mencionan como ejemplos algunos de ellos: reformulación del Programa de Ayudas Especiales - AYEX- ; reglamento del ingreso laboral al BPS como funcionarios de personas con discapacidad, proyecto de Ley relativo a Normas sobre Protección Integral a Personas Discapacitadas y de la figura y cometidos del Asistente Personal.

⁷⁷ Ibid información referida en numeral 65.

⁷⁸ Primera acta de la Comisión Honoraria.

⁷⁹ 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.

7.4 Otras actividades complementarias

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” Compuesto de 2.000 palabras. Para lanzarlo, requirieron 18 años de trabajo y mucho esfuerzo de la Asociación de Sordos del Uruguay⁸⁰ (ASUR) y del Centro de Investigación y Desarrollo para Personas Sordas⁸¹ (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 seña⁸².

En el año 2012 el BPS tuvo participación en diversas áreas relacionadas con el tema de la discapacidad entre las cuales se destacan:

Primer Informe País sobre Discapacidad. La Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario del Ministerio de Relaciones Exteriores del Uruguay convocó a diferentes Organismos del Estado (MSP, IMM, MEC, MIDES, MTSS, INAU, PODER JUDICIAL, MTOP, entre otros) incluyendo el BPS y a referentes especializados, a fin de efectuar una redacción del primer informe país sobre discapacidad, para ser elevado a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸³.

Adquisición de hamacas para personas en sillas de ruedas. La Asociación Pro Recuperación del Inválido (APRI) ofreció juego de plaza para personas con discapacidad. Son hamacas especialmente diseñadas para personas que se desplazan en sillas de ruedas pudiendo acceder con la misma al juego. El BPS ha previsto adquirir estas hamacas e instalar en la Plazoleta Lorenzo Carnelli (frente a la sede central del BPS) y en la Colonia de Vacaciones Raigón de propiedad del Organismo⁸⁴.

Edición en Braille de los manuales educativos en seguridad social para alumnos de primaria, secundaria y UTU⁸⁵.

Apoyo a Muestra de Arte-terapia del Instituto de la Buena Voluntad⁸⁶.

⁸⁰ ASUR fue fundada el 5 de mayo de 1928, por un grupo de personas sordas motivadas, no sólo el procurar reunir a sus iguales en un lugar de sano esparcimiento, sino fundamentalmente el aunar esfuerzos en la tarea de abrir espacios de integración social, generalmente desconocedora de la potencialidad del sordo, a fin de reconocer su legítimo derecho a procurarse el bienestar por sus propios medios.

⁸¹ 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.

⁸² 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.

⁸³ Grupo de Trabajo designado por el BPS.

⁸⁴ Publicado en BPS en la sesión aNexo.

⁸⁵ Publicado en BPS en la sesión aNexo.

⁸⁶ Publicado en BPS en la sesión aNexo.

En el primer semestre del año 2013 se han cumplido con actividades relacionadas con las personas con discapacidad⁸⁷ tales como:

Ingreso Laboral de acuerdo a lo que determina el Art.49 de la Ley 18.651 de 19/02/2010 ingresaron al personal del BPS 5 trabajadores con discapacidad. Queda una lista de 46 concursantes que superaron el puntaje mínimo exigido, habiéndose inscripto 171 personas, que será utilizada en los próximos 36 meses para eventuales futuros ingresos.

Apoyo al evento internacional con participación e iniciativa de la Intendencia de Flores, Durazno, San José y Artigas. Se concretará la presencia de una delegación uruguaya, la cual integran cuatro personas con discapacidad y acompañantes, en el evento "Une ville en Partage", a realizarse en Saint Etienne (Francia). El objetivo de dicho evento es el intercambio de experiencias en promoción de la inserción social y autonomía de las personas con discapacidad. Nuestro Instituto se hace presente aportando el traslado de dos de las personas con discapacidad y la alimentación de las cuatro que viajan.

Aporte de una contribución económica del BPS a la Organización Deportiva de Sordos del Uruguay, para participar del Torneo mundial "DEAFLYMPIC" a realizarse en Bulgaria en Julio/Agosto del año 2013.

8. En resumen

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

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 que transitan un estado de invalidez.

De las prestaciones económicas 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 se incrementaron 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 un crecimiento sostenido de larga data; dentro de éstas, las pensiones por discapacidad severa tienen una mayor incidencia en los hombres.

Las pensiones por sobrevivencia cuyos beneficiarios/as son personas con discapacidad representan casi un 8% del total de pensiones. Estas disminuyen por efecto de la aplicación de leyes y decretos que fueron modificando las causales para ser beneficiarios/as de las mismas.

⁸⁷ Publicado en BPS en la sesión aNexo.

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. Casi el 90% de estas ayudas están destinadas a contribuir con el pago a instituciones de enseñanza y especializadas, siendo la mayor la participación de varones.

En materia de prevención y atención a niños con defectos congénitos y afecciones connatales, se destacan los servicios especializados del DE.ME.QUI y el sistema de órdenes de tratamiento que otorgan una diversidad de prestaciones (tratamientos especializados externos, traslados, alimentación, alojamiento, prótesis y órtesis), que orientan a una atención integral del beneficiario y un amplio apoyo a la familia, colaborando en el proceso efectivo de rehabilitación.

Desde el punto de vista de la prevención, el sistema Nacional de Pesquisa Neonatal está dirigido a todos los niños del país, sean o no beneficiarios del BPS y cualquiera sea su prestador de salud, posibilitando el diagnóstico y asistencia integral en todo lo relacionado con la patología.

Las prestaciones sociales del BPS, a través de diferentes programas, brindan apoyo a las personas con discapacidad. El Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada coordina acciones con las instituciones sin fines de lucro que atienden a esta población. El Programa Vivienda y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, contempla la situación de discapacidad a través de estudios técnicos y 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.

El BPS provee de ayudas necesarias para la autonomía personal de los discapacitados beneficiarios de los programas de seguridad social, contemplando, entre otros, a usuarios del DEMEQUI, trabajadores activos, jubilados y pensionistas y otros colectivos comprendidos en los servicios de las organizaciones del Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada.

Desde el año 2009, a partir de la creación del Centro de Formación del BPS, 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.

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.

La institución cuenta con referentes y técnicos formados específicamente en el área de discapacidad, posibilitando una efectiva representación de 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

Cursos proyecto “Cuidar Mejor”

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

1. Formación de Formadores de Cuidadores/as 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 a partir de las cuales se conformaron los dos grupos de 20 personas cada uno, 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 y se recibieron 35.

2. Formación de Cuidadores/as 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 un consenso por parte de todos los integrantes de la mesa interdisciplinar para utilizar a los formadores como capacitadores del curso.

Primera instancia de formación de cuidadores:

- Se conformaron dos grupos de 30 participantes cada uno, orientado 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:

- 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 las 58.

Tercera instancia de formación de cuidadores:

- En el primer semestre del año 2013 en Montevideo, los cursos comenzaron el 25 de junio/2013 y finalizan el 2 de agosto/2013, habiendo recibido 81 postulaciones y 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). Se encuentran participando del mismo, personas de Montevideo y Santa Lucía.
- En el dictado de estos dos cursos participan formadores de ambas instancias de formación de formadores y el apoyo de BPS, MIDES Y MTSS.
- Se dictan 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 y próxima instancia de formación de cuidadores:

- El 2 de agosto/2013 se realiza 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.

