

Financiamiento de los cuidados de larga duración: relevamiento de experiencias internacionales y propuestas para Uruguay

Maira Colacce
Estefania Galvan

Agradecimientos

Agradecemos la excelente asistencia de investigación brindada por Magdalena Berro durante la elaboración de este trabajo. Agradecemos también los valiosos comentarios y sugerencias de Alejandra Gallo, Francisco Terra y Viviana Piñeiro, del equipo de Diálogo Social de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), así como los comentarios recibidos durante las presentaciones de versiones preliminares de este documento en los seminarios de Diálogo Social.

Financiamiento

Este documento se enmarca en la generación de insumos para el Diálogo Social y fue realizado gracias a un convenio entre el Banco Interamericano de Desarrollo, la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

Forma de citación sugerida para este documento: Colacce, M. y Galvan, E. (2026). "Financiamiento de los cuidados de larga duración: relevamiento de experiencias internacionales y propuestas para Uruguay". Serie Documentos de Trabajo, Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, Uruguay.

Suggested citation format for this document: Colacce, M. y Galvan, E. (2026). "Financiamiento de los cuidados de larga duración: relevamiento de experiencias internacionales y propuestas para Uruguay". Serie Documentos de Trabajo, Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Universidad de la República, Uruguay.

Financiamiento de los cuidados de larga duración: relevamiento de experiencias internacionales y propuestas para Uruguay

Maira Colacce y Estefania Galvan*

Resumen

Resumen

El envejecimiento de la población uruguaya plantea un desafío creciente para la organización y el financiamiento de los cuidados de larga duración. Si bien la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) significó un avance en el reconocimiento del cuidado como un derecho y en la expansión de servicios públicos, la cobertura de las personas en situación de dependencia continúa siendo limitada y fragmentada. El financiamiento público de los cuidados de larga duración representa actualmente una proporción reducida del producto, mientras que una parte importante de los costos recae sobre los hogares y las familias. En un contexto de aumento sostenido de la demanda, estas características plantean interrogantes sobre la sostenibilidad financiera y la capacidad de expansión del sistema.

Este documento analiza alternativas para construir un esquema de financiamiento sostenible de los cuidados de larga duración en Uruguay. En primer lugar, caracteriza la situación actual y dimensiona las necesidades futuras de cuidados y los recursos requeridos para avanzar hacia una cobertura más amplia. En segundo lugar, revisa la experiencia internacional de sistemas que utilizan mecanismos de financiamiento ex ante, con especial atención a Alemania, Japón, Corea del Sur, Luxemburgo y los Países Bajos, así como a la reciente reforma implementada en Eslovenia. El análisis identifica los principales elementos de diseño de estos sistemas y sus implicancias en términos de cobertura, solidaridad, sostenibilidad y distribución de los costos.

A partir de esta evidencia, el documento analiza distintas alternativas para Uruguay, considerando la combinación de rentas generales, contribuciones de trabajadores, empleadores y jubilados, y copagos de los usuarios. Se examinan particularmente las diferencias entre esquemas en los que las contribuciones generan derechos vinculados a la historia contributiva y modelos mixtos en los que el acceso depende de las necesidades de cuidado. También se analiza la transición desde el esquema actual hacia un sistema con financiamiento más estable, incluyendo sus efectos distributivos, laborales e intergeneracionales.

El análisis muestra que la expansión de los cuidados de larga duración requiere mecanismos de financiamiento capaces de acompañar el crecimiento de la demanda y distribuir sus costos a lo largo del tiempo. La experiencia uruguaya en la implementación de fondos y seguros sociales, junto con la evidencia internacional, proporciona elementos para evaluar alternativas institucionales y financieras adaptadas a las características demográficas, laborales y fiscales del país.

* Maira Colacce: IECON-UDELAR, maira.colacce@fcea.edu.uy. Estefania Galvan: IECON-UDELAR, estefania.galvan@fcea.edu.uy.

Palabras clave

cuidados de larga duración; financiamiento; dependencia; envejecimiento; protección social; Sistema Nacional Integrado de Cuidados; Uruguay.

Clasificación JEL

I13, I38, J14

Abstract

This paper analyzes the financing challenges of long-term care (LTC) in Uruguay in a context of population ageing and the expected growth in care needs. Based on an assessment of current coverage, service provision, and financing, it examines the gap between public resources currently devoted to LTC and the resources required to expand coverage. The paper reviews international experiences with ex ante financing mechanisms, focusing on Germany, Japan, South Korea, Luxembourg, and the Netherlands, and also considers the recent reform implemented in Slovenia. The analysis identifies common features of long-term care funds and insurance schemes and examines their implications for coverage, solidarity, labor-market incentives, and financial sustainability.

Drawing on this international evidence and on Uruguay's experience with social funds and insurance mechanisms such as Fonasa, the National Resources Fund, and the Labor Reconversion Fund, the paper discusses alternative financing arrangements for Uruguay. These alternatives combine, with different weights, general revenues, contributions from workers, employers, and pensioners, and user copayments. The analysis considers both insurance-based schemes in which entitlements are linked to contribution histories and mixed models in which access is determined by care needs. It also examines the challenges involved in transitioning from the current system toward more stable sources of financing, including its distributive, labor-market, and intergenerational dimensions.

The paper provides elements for the discussion of the institutional and financial design of a long-term care system in Uruguay.

Keywords

long-term care; financing; dependency; population ageing; social protection; National Integrated Care System; Uruguay

JEL Classification

I13, I38, J14

1. Introducción

Las transformaciones sociales, demográficas y económicas de las últimas décadas han puesto de manifiesto que los cuidados constituyen una dimensión central de la organización social y un componente clave del bienestar colectivo. En Uruguay, en un contexto demográfico caracterizado por un proceso de envejecimiento poblacional avanzado en comparación con otros países de la región, se anticipa un crecimiento sostenido de las necesidades de cuidados de larga duración. Este escenario se desarrolla en un momento en el que las estructuras familiares, históricamente responsables de sostener estas tareas a través del trabajo no remunerado (de las mujeres), se encuentran tensionadas para satisfacer estas demandas debido a cambios demográficos, productivos y culturales. En conjunto, estos procesos han reducido la disponibilidad de cuidados en el ámbito familiar y hacen evidente la necesidad de repensar el rol del Estado y de los sistemas de protección social en su organización y provisión.

Con la aprobación de la Ley 19353 en el año 2015 Uruguay crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados y reconoce y consagra a los cuidados como un derecho. Este sistema busca garantizar el derecho al cuidado de las personas en situación de dependencia y, al mismo tiempo, promover la corresponsabilidad entre el Estado, las familias, la comunidad y el mercado. A través del SNIC se desarrollaron servicios y políticas orientadas a mejorar la calidad del cuidado, ampliar la cobertura pública, fortalecer la formación y condiciones laborales de quienes cuidan, y favorecer la autonomía económica de las mujeres. Más allá de estos avances institucionales y normativos, los servicios y prestaciones públicas de cuidado de larga duración disponibles para las personas mayores y con discapacidad aún son muy limitados, y persisten problemas relativos a la calidad de los servicios, trayendo como consecuencia una cobertura baja, fragmentada y muy desigual según el nivel socioeconómico.

La consolidación efectiva del derecho al cuidado enfrenta importantes restricciones de carácter estructural, entre las que se destaca el insuficiente nivel de financiamiento público destinado a los cuidados de larga duración. En términos comparados, el gasto público orientado a estos servicios se ubica muy por debajo del observado en países desarrollados con niveles de envejecimiento similares, lo que limita la capacidad de respuesta del sistema frente a las crecientes necesidades. Esta situación plantea el desafío de avanzar hacia un modelo de financiamiento sostenible, capaz de acompañar las transformaciones demográficas en curso. En este marco, la consolidación de una política de Estado en materia de cuidados resulta imprescindible para garantizar, en el mediano y largo plazo, el derecho al cuidado de las personas en situación de dependencia y evitar la profundización de las inequidades sociales y de género que el esquema vigente tiende a reproducir.

El objetivo de este documento es relevar experiencias internacionales de modelos de financiamiento de los servicios de cuidados de larga duración y, a partir de dicho análisis, proponer distintos esquemas de financiamiento que podrían implementarse considerando las características y el contexto específico de nuestro país.

Para ello el documento se estructura de la siguiente manera. En la primera sección se presenta una contextualización de la magnitud de la problemática asociada a las crecientes necesidades de cuidados de larga duración en el país, así como de las inequidades que esta situación genera en términos de género y entre generaciones, y sus implicancias para el sistema de salud. En la segunda

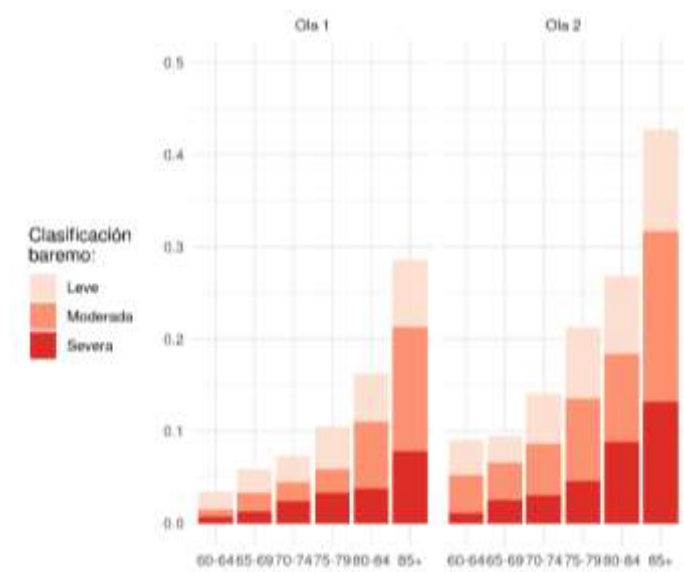
parte de la Introducción se describe el contexto actual de la oferta de servicios de cuidados y la magnitud de su financiamiento. La sección 2 presenta una caracterización de los modelos de financiamiento de los cuidados de larga duración en el ámbito internacional, mientras que la sección 3 analiza algunas experiencias internacionales de financiamiento ex ante. En la sección 4 se revisan antecedentes de fondos y seguros sociales existentes en Uruguay, y en la sección 5 se propone un conjunto de posibles esquemas para la implementación de un Fondo de Cuidados en el país. Finalmente, la sección 6 presenta las reflexiones finales.

1.2. Dimensión de la problemática asociada a los cuidados de larga duración en Uruguay

Desde mediados del siglo XX, Uruguay consolidó una estructura etaria envejecida debido a su temprana transición demográfica y a la persistente baja fecundidad que ha caracterizado al país durante décadas. Este fenómeno se profundiza con el continuo aumento de la esperanza de vida, que se ha incrementado de manera significativa en los últimos cincuenta años, situando a Uruguay en niveles similares a los de países de ingresos altos. Más aún, las proyecciones de población del INE (2025) indican que la esperanza de vida al nacer seguirá creciendo, de 74,8 años en 2023 a 82,5 en 2070. La combinación de estos factores implica que la proporción de personas mayores dentro del total de la población ha crecido de forma sostenida, y que en las próximas décadas la población mayor de 65 años, y la de más de 80, experimentará un significativo incremento relativo respecto al resto de los grupos etarios. La población de 65 años y más pasa de representar el 16% de la población en 2024 al 33% en 2070 mientras que la de 80 y más pasa del 4 al 16% en el período.

La importancia de este proceso para el análisis de los cuidados de largo plazo radica en que la prevalencia de dependencia funcional aumenta de manera pronunciada con la edad. Las investigaciones basadas en encuestas nacionales muestran que, mientras la mayoría de las personas entre 60 y 74 años conserva autonomía para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la situación cambia drásticamente entre los 75 y 84 años, y aún más entre quienes superan los 85 años (MIDES 2018, Colacce et al 2021, Aranco y Sorio 2019, Aranco et al 2022, Villalobos 2025). Tanto la prevalencia como la intensidad de la dependencia están fuertemente vinculadas con la edad (Gráfica 1). En este documento se considera también la atención a la dependencia asociada a las personas con discapacidad menores de 60 años. Como se observa en la Gráfica A.1, las estimaciones de la prevalencia para esta población indican que aproximadamente 50% de las personas con discapacidad se encuentran en situación de dependencia, y 20% en situación de dependencia severa (Colacce et al 2021).

Gráfica 1. Prevalencia de dependencia por tramo de edad. 60 años y más.



Fuente: Colacce et al (2021) en base a ELPS 2013 y 2015. Notas: Estimaciones basadas en el panel no balanceado: personas de 60 años o más en cada ola. El indicador de dependencia está construido como adaptación del baremo de dependencia del SNIC.

Estos datos permiten anticipar que la demanda de cuidados de largo plazo en Uruguay continuará creciendo. Asumiendo que la prevalencia de la dependencia por edad no se modifica, Aranco (2025) estima que la población de 65 años y más en situación de dependencia aumentaría de 101 mil personas en 2024 a casi 160 mil en 2050, y a 213 mil en 2070. Estima también que la dependencia severa presentaría un aumento mayor, con una variación de 125% entre 2024 y 2070 (25 mil personas más, pasando de casi 20 mil personas en situación de dependencia severa en 2024 a casi 45 mil en 2070), mientras que la dependencia leve aumentaría 111% y la moderada 102%. Más aún, es esperable que el aumento sea aún más fuerte, dado que la dependencia se asocia a la presencia de enfermedades crónicas, en particular enfermedades neurológicas y psiquiátricas, diabetes, enfermedades musculoesqueléticas y EPOC que presentan una trayectoria pasada y esperada creciente (Aranco, 2025).

Este crecimiento se produce en un contexto en el que la estructura familiar, tradicionalmente responsable del sostenimiento de las tareas de cuidado, ya no dispone de la misma capacidad de respuesta que en el pasado. En efecto, la mayor parte del cuidado de las personas dependientes ha recaído históricamente en el ámbito familiar, particularmente en las mujeres, una situación que hoy se ve tensionada por profundos cambios demográficos, sociales y laborales.

Amarante et al (2024) en base a la Encuesta de Uso del Tiempo del 2021 encuentran que solo un 3% de las personas de 15 a 64 años realizan tareas de cuidado a personas mayores dependientes o personas con discapacidad. Sin embargo, cuando se realizan tareas de cuidado, el tiempo de trabajo no remunerado de cuidados es de 18 horas semanales en promedio, mayor al tiempo promedio que se destina al cuidado de niños y niñas de 0 a 5 años (15 horas semanales). Es importante recordar que solo se releva el trabajo de cuidados a quienes conviven con personas dependientes en el hogar. Esto implica que no se considera la mayor parte de las actividades de supervisión y apoyo a personas dependientes de otros hogares (tareas típicamente asociadas al cuidado de

personas mayores) pues no están registradas en esta categoría. Las características del cuidado a personas mayores, generalmente no convivientes y con cargas importantes de monitoreo y supervisión, junto con la baja prevalencia del cuidado directo a convivientes, sugiere que se deberían buscar nuevas herramientas para la recolección de información sobre trabajo de cuidados a personas mayores. Como señala Batthyány (2015), parece existir una subestimación del tiempo dedicado a las tareas que involucran a las personas mayores y con discapacidad debido a que son difíciles de captar y las encuestas de uso del tiempo no parece ser el instrumento más apropiado.

La transformación demográfica se superpone con cambios profundos en la estructura social y familiar. Mientras que en 2024 hay 22 personas de 16 a 64 años por cada persona dependiente de 65 años y más, en 2050 ese ratio se reduce a la mitad, y en 2070 serían tan solo 8 personas en edad activa por cada persona mayor dependiente.

Complementariamente, en línea con las tendencias observadas en la región, Uruguay ha registrado avances significativos en los últimos 50 años en términos de participación laboral de las mujeres y acceso a ocupaciones tradicionalmente masculinas. De acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares (INE), la tasa de participación femenina en el mercado de trabajo se incrementó desde 41% en 1986 a 57% en 2024. Si bien el incremento de la participación femenina se da en todos los segmentos etarios y para cualquier estado civil, el aumento es más marcado para las mujeres casadas o en unión libre. En este sentido, este proceso no solo refleja transformaciones económicas, sino también cambios culturales profundos en las normas y expectativas de género, que han cuestionado la asignación tradicional del cuidado como una responsabilidad casi exclusiva de las mujeres. La creciente inserción laboral femenina, junto con transformaciones culturales en los roles de género, la reducción del tamaño de los hogares y el envejecimiento poblacional, ha tensionado la capacidad de las familias para absorber las necesidades de cuidado.

En este contexto, los cuidados dejan de ser un asunto estrictamente privado para consolidarse como un problema social que requiere respuestas colectivas y políticas públicas específicas. Batthyány, Perrotta y Scavino (2025), a partir de dos ediciones de una encuesta sobre representaciones sociales del cuidado, muestran que en 2011 el 27% de las personas consideraba que las familias, con apoyo del Estado, debían ser las principales responsables del cuidado de las personas mayores; esta proporción aumentó de forma significativa alcanzando el 39% en 2023. En contraste, mientras que en 2011 el 41% de las personas sostenía que el cuidado de las personas mayores debía recaer exclusivamente en las familias, en 2023 este porcentaje se redujo al 32%. Asimismo, se observa una disminución sustantiva en la disponibilidad a cuidar a padres en situación de dependencia, tanto entre varones como entre mujeres, aunque el descenso es más marcado en estas últimas: del 80,5% en 2011 al 59% en 2023.

Esto genera un desequilibrio entre necesidades de cuidado crecientes y una disponibilidad cada vez más limitada de cuidadores no remunerados del ámbito familiar, en particular de mujeres, que ya no están dispuestas ni en condiciones de abandonar el mercado laboral para asumir estas tareas. Este desequilibrio genera tensiones sociales significativas y pone en evidencia la vulnerabilidad de miles de hogares frente a situaciones de dependencia, así como los límites del modelo tradicional de organización familiar del cuidado.

1.2. Efectos distributivos y sanitarios de la ausencia de políticas de cuidados de larga duración

La insuficiencia de políticas de cuidados de larga duración tiende a reforzar arreglos privados de provisión del cuidado, con efectos distributivos y sanitarios relevantes que recaen de forma desigual sobre distintos grupos sociales. En primer lugar, la familiarización y, por ende, la feminización del trabajo de cuidados no remunerado tiene consecuencias significativas sobre las brechas de género. La división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres una mayor carga de trabajo no remunerado y de cuidados en los hogares, condiciona las trayectorias de inserción laboral de mujeres y varones. Esto resulta clave para comprender la persistencia de las desigualdades de género en distintos ámbitos sociales y económicos. En términos de participación, un 57% de las mujeres de 14 años y más en Uruguay participaron en la fuerza de trabajo en 2023, en comparación con el 69% de los varones (ECH-INE, 2023). Más aún, el 12,4% de las mujeres que están fuera del mercado laboral se dedican exclusivamente a los trabajos domésticos y de cuidados, mientras que esa cifra es de 1,8% para los hombres. Entre quienes trabajan persisten diferencias en los ingresos percibidos: en 2023, la brecha de género en el ingreso promedio mensual fue del 24%. En otras palabras, por cada 100 pesos que ganaron los varones por mes, las mujeres ganaron 76. Sin embargo, si se consideran únicamente los asalariados del sector privado, la brecha se amplía al 28%.

Asimismo, si bien las brechas de género en el uso del tiempo se han reducido en las últimas décadas, las mujeres aún realizan el doble del trabajo no remunerado que los varones. La última encuesta de uso del tiempo muestra que en 2022 las mujeres de 15 a 64 años dedican 29,5 horas semanales al trabajo no remunerado y los varones del mismo tramo etario dedican 15 horas. En particular, en relación con el trabajo de cuidados, se observa que el 26% de las mujeres de 20 a 64 años realiza estas tareas, frente al 15% de los varones. En este marco, la ausencia o insuficiencia de políticas públicas de cuidados contribuye a consolidar y reproducir estas desigualdades de género, al reforzar la asignación del cuidado al ámbito familiar y, dentro de él, principalmente a las mujeres, con efectos persistentes sobre sus trayectorias educativas, oportunidades laborales, ingresos, participación y autonomía económica.

En segundo lugar, el hecho de que las responsabilidades de cuidado de las personas en situación de dependencia sean asumidas de forma predominantemente privada por las familias tiene impactos negativos también sobre quienes reciben el cuidado. En particular, esta modalidad implica que tanto la calidad como la cantidad del cuidado recibido queden determinadas por los recursos, capacidades y condiciones del hogar, lo que contribuye a reproducir y profundizar desigualdades económicas y sociales preexistentes.

Por otra parte, se ha demostrado que la ausencia de servicios de cuidado de larga duración conlleva mayores gastos en el sistema sanitario. En un estudio realizado a partir de registros administrativos sobre altas de hospitales del sector público en 2019 para Brasil y México, Aranco y otros (2024) encuentran que una parte relevante de los días de hospitalización en internaciones prolongadas está explicada por la falta de servicios de cuidado de largo plazo, representando un 12% del total de días de hospitalización en Brasil y 7% en México.

Asimismo, analizando una reforma que amplió la subvención pública de los servicios de cuidados de larga duración en España (Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia – SAAD), Costa-

Font y otros (2018) encontraron evidencia de una reducción en las internaciones hospitalarias tanto en el margen extensivo como en el intensivo (es decir, la probabilidad de hospitalización y el número de internaciones), así como sobre la utilización de servicios de salud (medida a través de la duración de la estancia hospitalaria). Estos resultados se verifican tanto entre quienes reciben la prestación por cuidados como —aunque con menor intensidad— entre los beneficiarios de los servicios públicos de cuidado domiciliario, lo que representa alrededor del 11% del gasto total en salud. En la misma línea, Kim y otros (2014) analizan el impacto de una política de subsidios a los cuidados de larga duración en el hogar y en instituciones en Corea del Sur. Sus resultados muestran que la política resultó efectiva en la sustitución de cuidadores informales por formales y, entre las personas con menor nivel de autonomía, el aumento en la utilización de cuidados domiciliarios y la disminución del uso de cuidados en instituciones generó reducciones sustanciales del gasto médico, explicadas en gran medida por una caída de los gastos hospitalarios.

Estos estudios sugieren que la implementación de sistemas de cuidados de largo plazo, no sólo contribuiría a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas con dependencia, sino que también tendría efectos positivos sobre el sistema de salud.

1.3. Contexto actual de la oferta de servicios para la atención a la dependencia

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados, creado en 2015, representó un avance sustantivo en la conceptualización del cuidado como derecho y en la construcción de una política integral que abarca a la infancia, las personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia y las personas que cuidan (de forma remunerada o no remunerada). No obstante, su ejecución práctica ha enfrentado numerosos desafíos. El desarrollo de los servicios y prestaciones fue muy dispar entre poblaciones. El desarrollo de la provisión de servicios públicos para la primera infancia fue muy significativo, alcanzando prácticamente la universalización de los servicios en 2 y 3 años, y se ampliaron de forma importante las licencias maternales, paternales y de cuidado. Aun cuando persisten importantes restricciones en cuanto al cuidado de niños menores de 2 años y a la extensión del tiempo pedagógico de los servicios para niños y niñas de todas las edades, la brecha con la implementación de servicios y prestaciones para personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia es muy grande.

Desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, la oferta de servicios para la atención a la dependencia se ha ampliado y diversificado, aunque su cobertura es aún limitada. Para la atención a la dependencia severa, el principal programa es el de Asistentes Personales (Decreto 117/016). Siguiendo los criterios de progresividad plantados para la implementación del programa, actualmente está dirigido a niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 29 años y a personas mayores de 79 años que residan en sus domicilios particulares. Ofrece un subsidio para la contratación de una Asistente Personal por 80 horas mensuales, las que se distribuyen según se desee y/o necesite. El apoyo consiste en la asistencia y el acompañamiento en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales, y avanzadas) tanto dentro como fuera del hogar. El valor de la prestación es de 4,6 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)¹ por mes y las personas usuarias del servicio acceden a un subsidio, que puede ser de 100%, 67%, 33% o 0% de ese monto, en función del nivel de ingresos de su hogar. En 2024 este programa alcanzaba

¹ En 2026 esto corresponde a \$31.574.

a casi 6000 personas, aproximadamente 1400 (23,5%) mayores de 80 años y la amplia mayoría de las personas usuarias (85%) contaban con el subsidio del 100% (Sistema de Cuidados 2025).

En el caso de la dependencia moderada y leve, se implementaron programas de Centros de Día y Teleasistencia. El Centro de Día consiste en un centro socioterapéutico con una fuerte base comunitaria, que brinda cuidados integrales a las personas mayores en situación de dependencia leve o moderada en un régimen ambulatorio, con el fin de contribuir a la autonomía de las personas mayores, favorecer la permanencia en su entorno habitual y redistribuir la carga de cuidados. Tienen derecho a acceder a los Centros de Día las personas a partir de los 65 años, que se encuentren en situación de dependencia leve o moderada, que residen en sus domicilios particulares. Cada cupo representa una carga horaria completa de 4 horas diarias, 5 días a la semana, pudiendo una misma plaza ser usufrutuada por más de una persona usuaria ya que las mismas tienen la posibilidad de elegir una modalidad de concurrencia (dos, tres, o cinco veces por semana). Cada centro tiene una capacidad ajustada, que va desde los 30 a 40 cupos. En 2024 había 8 Centros de Día, que atendían a casi 300 personas. El programa de Teleasistencia en casa permite a personas en situación de dependencia leve o moderada de 70 años o más acceder de forma subsidiada a un servicio de alerta, por el que pueden avisar a su familia, vecinos o personal médico sobre cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que, al presionar, dispara la alerta a un centro de atención que está disponible 24 horas al día durante los 365 días del año. El valor de la prestación es de 0,26 BPC (\$ 1.785 en 2026) mensuales y el subsidio depende del nivel de ingreso per cápita del hogar. En 2024, el programa Teleasistencias cubría 1100 personas, de las cuales aproximadamente 3 de cada 4 acceden al 100% de subsidio.

Para el acceso a los distintos servicios, se valora el nivel de dependencia a partir del Baremo de Dependencia aplicado a las personas postuladas. Esa evaluación considera si la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (como alimentación, higiene, movilidad, descanso) y también tiene en cuenta el tipo de apoyo requerido, el problema funcional y la frecuencia con que se necesita esa ayuda. Como resultado, clasifica a la persona según su nivel de dependencia en cuatro categorías (“sin dependencia”, “dependencia leve”, “dependencia moderada” o “dependencia severa”). Una limitación de este instrumento es que es aplicado para la valoración de ingreso a cada programa en vez de operar como mecanismo de ingreso al Sistema en su globalidad. El actual Plan Nacional de Cuidados 2026-2030 (Junta Nacional de Cuidados, 2025) propone modificar el modelo de postulación y asignación de las personas usuarias a los servicios, transitando hacia un sistema de postulación única que permita identificar y proponer las prestaciones que mejor se adaptan a la persona y promover la derivación dentro del sistema.

Por otro lado, se ha avanzado sistemáticamente en la regulación y fiscalización de los servicios privados, especialmente de los centros de larga estadía. Sin embargo, aún persisten preocupaciones respecto a la calidad de los servicios brindados. Existe un detallado cuerpo normativo que regula las condiciones de funcionamiento y habilitación de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores, establecen las competencias institucionales para otorgar la habilitación de los establecimientos, y las condiciones en las que se incorporan personas menores de 65 años en situación de dependencia². Según Sistema de Cuidados (2025) e Inmayores (2023) en 2024 había

² Ver las leyes 17.066 y 19.355, el Decreto 356/016, las Ordenanzas del Ministerio de Salud Pública 483/2017 y 1032/2019, y la Ordenanza 001/2022 del Ministerio de Desarrollo Social.

aproximadamente 1500 Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores en Uruguay, donde residían más de 20.000 personas, la amplia mayoría de ellas mayores de 65 años. Menos del 20% de estos centros tienen la habilitación completa.

En suma, los servicios y prestaciones públicas de cuidado disponibles para las personas mayores y con discapacidad aún son muy limitados, y persisten cuestionamientos relativos a la calidad de los servicios. Más aún, no hay mediciones sistemáticas de la calidad ni mecanismos generalizados que promuevan su mejora. Considerando todos los servicios que atienden a esta población, Villalobos (2025) estima una cobertura del 13% de la población dependiente.³ Adicionalmente, persiste la limitación asociada a que los programas se han diseñado de forma independiente y no existe la posibilidad de derivación entre ellos, ni con otros programas sociales, de seguridad social o de salud. El acceso a los servicios de cuidados privados depende de la capacidad de pago de los hogares y en los públicos depende de un financiamiento basado esencialmente en recursos de rentas generales que resultan escasos para afrontar la demanda que tienen. Esto genera una cobertura baja, fragmentada y muy desigual según el nivel socioeconómico.

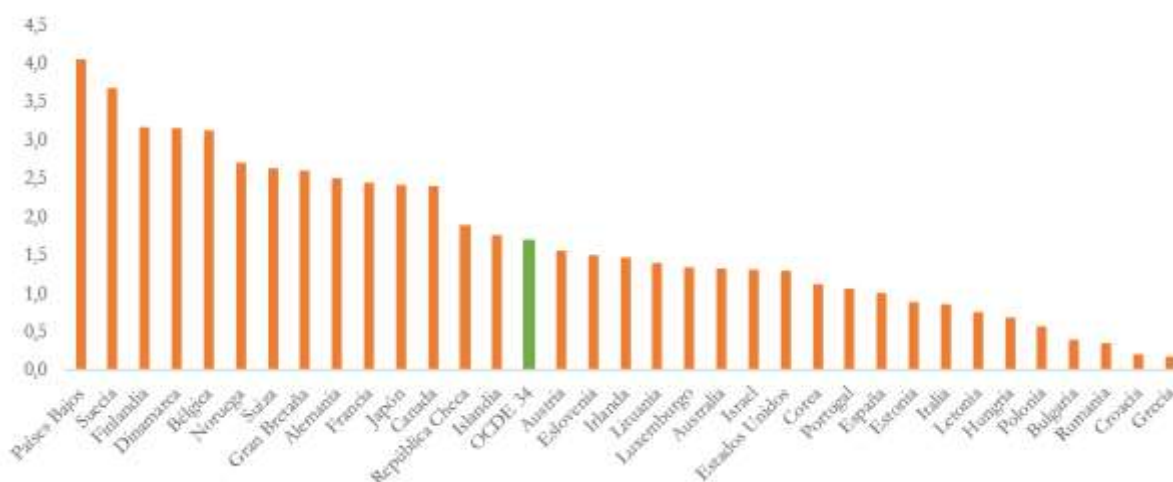
La ausencia de un financiamiento específico y estable ha limitado la capacidad de expansión de las prestaciones destinadas a la atención de la dependencia, aún en contextos de expansión de la demanda. Estas limitaciones han impedido que el sistema alcance su potencial como política estructural del Estado y como herramienta para reducir desigualdades sociales y de género.

Uruguay destina actualmente menos del 0.1% del PIB al financiamiento público de servicios de cuidado de largo plazo (Villalobos 2025). No se cuenta con estimaciones del gasto privado en servicios de cuidado. Este nivel de gasto público es muy inferior al observado en países desarrollados con niveles de envejecimiento similares. La Gráfica 2 muestra el gasto total de los países de la OCDE, con un promedio de gasto ubicado en 1,8 puntos del PIB, y tan solo diez países con gastos inferiores a un punto del PIB. Es importante notar que según OCDE (2025) cuatro de cada cinco dólares destinados al gasto en cuidados de larga duración en los países de la OCDE provienen de fuentes públicas. Esto implica que el gasto público promedio en estos países se ubicaría en 1,4 puntos del PIB. Los estudios prospectivos indican que el costo de un sistema universal de cuidados con estándares mínimos de calidad oscilaría entre uno y dos puntos del PIB (Villalobos 2025, Matus 2017, Amábile et al 2025), lo que se ubicaría en el promedio de la comparación internacional.

La brecha entre esta estimación y el gasto actual revela, de forma clara, la urgencia de definir un esquema de financiamiento que permita consolidar una política de Estado en materia de cuidados y afrontar con responsabilidad las transformaciones demográficas en curso.

³ Villalobos (2025) estima una cobertura de 3,8% de la población dependiente en 2024 a través de los programas públicos (Asistentes Personales, Centros de Día, Teleasistencia y FAAE). En una actualización de su trabajo, incorpora los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), alcanzando la cobertura de 13,3%. De este modo, se considera la cobertura de servicios privados en esta estimación.

Gráfica 2. Gasto total en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB, 2023 (o el año más cercano), países de la OCDE



Notas: El gasto en cuidados de larga duración comprende tanto los servicios de salud como los servicios sociales brindados a personas dependientes que requieren cuidados de forma continua. De acuerdo con el Sistema de Cuentas de Salud 2011 (OMS, 2022), el componente sanitario del gasto en cuidados de larga duración refiere a la atención de enfermería y a los servicios de cuidado personal (ayuda con las actividades de la vida diaria). También incluye los cuidados paliativos y la atención brindada en instituciones de cuidados de larga duración (incluidos los costos de alojamiento) o en el hogar. Por su parte, el gasto social en cuidados de larga duración cubre principalmente la asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria. Fuente: Health at a Glance (OCDE 2025).

2. Modelos de financiamiento de cuidados de larga duración

2.1. Argumentos que justifican la existencia de instrumentos públicos de financiamiento de los cuidados de larga duración

La necesidad de la participación del Estado en el financiamiento de los cuidados de largo plazo, al menos de su organización, surge de la profunda incertidumbre que caracteriza este riesgo dado que no es posible anticipar si una persona requerirá cuidados, cuándo ocurrirá, por cuánto tiempo ni con qué intensidad o tipo de servicios. Cuando la dependencia se materializa, los costos asociados pueden imponer una carga económica muy elevada sobre los individuos y sus familias. En efecto, el costo total de los cuidados de largo plazo suele ser muy alto en relación con el ingreso disponible de las personas mayores y, en ausencia de beneficios y servicios públicos, la mayoría no podría afrontar cuidados formales adecuados (OCDE 2024). La evidencia comparada para los países de la OCDE muestra que los costos para personas en situación de dependencia severa pueden representar entre una y casi siete veces el ingreso mediano nacional, lo que expone a un riesgo significativo de empobrecimiento (OCDE 2024).

Una alternativa sería promover el desarrollo del financiamiento a través del sector privado, promoviendo el surgimiento de un mercado de seguros de cuidado de largo plazo.⁴ Los mercados

⁴ Los siguientes párrafos, referidos al mercado privado de seguros de cuidados de largo plazo, están basados en Fleitas (2020), Caruso, Galiani e Ibararán (2019), y OCDE (2024).

de aseguramiento operan a partir del agrupamiento de individuos con distintos niveles de riesgo de necesitar cuidados de largo plazo. Las personas jóvenes, con baja probabilidad de requerir cuidados en el corto plazo, se combinan con personas de mayor edad o con peor estado de salud, que enfrentan un riesgo más alto de requerir atención en las actividades de la vida cotidiana. A través de este mecanismo, todos los asegurados pagan una prima durante un período prolongado a cambio de recibir cobertura cuando el riesgo se materializa. En un mercado privado de seguros, la prima reflejaría el costo esperado promedio de atención de la población asegurada en un determinado año.

El funcionamiento eficiente de este sistema de agrupamiento requiere que las personas se incorporen al seguro temprano en la vida, cuando su riesgo individual aún es bajo, y que existan contratos que definan con claridad cómo evolucionarán las primas a lo largo del tiempo. Sin embargo, en la práctica, las personas suelen demandar menos cobertura de la que sería óptima cuando son jóvenes y están sanas, ya sea porque subestiman su probabilidad futura de necesitar cuidados o porque desconocen los costos potencialmente elevados asociados a estos servicios.

Como resultado, en los mercados privados suele observarse que quienes demandan estos seguros son, principalmente, personas de mayor edad o con peor salud, es decir, quienes enfrentan un riesgo inminente de necesitar cuidados. Este fenómeno, conocido como selección adversa, incrementa el costo promedio esperado de los asegurados y obliga a las compañías a fijar primas más altas. Con primas elevadas, menos individuos están dispuestos a comprar el seguro, lo cual vuelve a elevar el costo promedio y puede desencadenar un círculo vicioso que expulsa del mercado a todos salvo a quienes tienen mayor disposición a pagar, típicamente personas de alto riesgo esperado y altos ingresos.

Para mitigar estos problemas, los aseguradores privados suelen intentar que las personas se incorporen cuando su riesgo aún es bajo, estableciendo límites de edad, rechazando la afiliación de individuos con determinadas condiciones de salud, o imponiendo períodos de espera antes de que puedan usarse los servicios cubiertos. Aunque estos mecanismos reducen la selección adversa y permiten contener los costos, también tienden a excluir del seguro justamente a quienes más necesitan protección.

Además, el desarrollo limitado del aseguramiento privado en cuidados de larga duración se explica por problemas de asequibilidad, especialmente para adultos jóvenes que enfrentan otras prioridades financieras. Aun sin considerar la selección adversa, el costo elevado de los servicios puede hacer que las primas resulten inaccesibles para los hogares de menores ingresos, que suelen comparar este gasto con alternativas de menor costo financiero, como el cuidado provisto por familiares (principalmente las mujeres).

Existen, además, argumentos de equidad y eficiencia para justificar el financiamiento público de los cuidados de larga duración. Dado el alto grado de incertidumbre y la magnitud potencial de los costos, la socialización del riesgo mediante esquemas colectivos resulta mucho más eficiente que la financiación basada exclusivamente en pagos directos de los hogares. El sector privado ofrece opciones muy limitadas y a muy alto costo para agrupar este riesgo, debido a fallas de mercado como la selección adversa, que llevan a subinvertir en protección futura. En consecuencia, la evidencia muestra que solo una fracción muy pequeña de los hogares contrata seguros privados o acumula ahorros suficientes para cubrir los elevados costos potenciales de los cuidados de largo

plazo (Webb, 2001; Jensen y Theisen Cramer, 2006; Cremer, Pestieau y Ponthiere, 2012; Ameriks et al., 2020).

En síntesis, los principales argumentos a favor de mecanismos públicos de financiamiento de los cuidados de larga duración se relacionan con dos conjuntos de problemas interdependientes. Por un lado, la incapacidad de los mercados privados para desarrollarse plenamente, debido a la selección adversa, la miopía, la incertidumbre y las limitaciones de asequibilidad que afectan a amplios segmentos de la población. Por otro lado, razones de equidad, vinculadas a garantizar el acceso a los servicios para los hogares de menores ingresos, reducir la carga financiera que enfrentan las personas con dependencia a lo largo de su vida y disminuir la carga desproporcionada que recae sobre las mujeres cuando los cuidados se brindan informalmente dentro de la familia.

2.2. Esquemas de financiamiento de los cuidados de larga duración a nivel internacional

Los sistemas de cuidados de largo plazo en el mundo enfrentan desafíos crecientes derivados del envejecimiento poblacional, la disminución de la disponibilidad de cuidadores familiares y la presión fiscal que enfrentan los Estados. La sostenibilidad financiera de estos sistemas depende de manera crítica del diseño de sus mecanismos de financiamiento, que responden históricamente a dos lógicas: el financiamiento ex post, basado en asignaciones presupuestales y gastos de bolsillo que se movilizan cuando la necesidad de cuidados ya se ha manifestado, y el financiamiento ex ante, que implica mecanismos contributivos o aseguramientos que acumulan recursos antes de que la dependencia ocurra.

El financiamiento ex post ha sido históricamente hegemónico en los países de la OCDE. Colombo et al. (2011) señalan que la mayor parte de los sistemas existentes se basan en combinaciones de impuestos generales y pagos directos de las familias, especialmente en aquellos países donde los servicios son residuales, focalizados o donde la responsabilidad del cuidado recae en el hogar. Por ejemplo, en un conjunto amplio de países de la OCDE, los impuestos generales representaban, en promedio, el 52% de los recursos para cuidados de largo plazo en 2018 (ONU Mujeres, 2022). Esta predominancia de fuentes ex post implica que la financiación responde a prioridades anuales o coyunturales, lo cual puede resultar inestable ante shocks macroeconómicos, restricciones presupuestarias y cambios de gobierno. La pandemia de COVID-19 hizo especialmente visible esta vulnerabilidad: el aumento del déficit fiscal y de la deuda pública restringió la posibilidad de incrementar recursos desde las rentas generales para expandir los servicios de cuidados (CEPAL, 2021).

La mayor ventaja del financiamiento a través de impuestos generales es que tiene una base de contribución más amplia que los impuestos sobre los salarios (no sólo los asalariados lo pagan). Además, los mecanismos ex post permiten respuestas rápidas en contextos emergentes, mayor flexibilidad en la reasignación de partidas y una menor carga administrativa inicial. Pueden ser políticamente más sencillos de implementar, dado que no requieren reformas estructurales profundas ni legislaciones complejas. Además, pueden facilitar la focalización en grupos más vulnerables, como ocurre en los programas de asistencia en Estados Unidos o Reino Unido, que

se apoyan en pruebas de ingresos y evalúan la situación financiera de la persona usuaria antes de otorgar beneficios (Colombo et al., 2011).

Sin embargo, los mecanismos de financiamiento ex post también presentan ciertas desventajas. En primer lugar, la fuerte dependencia de las rentas generales hace que la expansión de los servicios compita con otras prioridades de gasto público, tales como educación o salud, lo que genera alta inestabilidad y afecta la planificación de largo plazo. También existe el riesgo de inequidad distributiva, ya que los aumentos impositivos que suelen ser necesarios para financiar la expansión de estos sistemas pueden recaer desproporcionadamente sobre grupos con menor capacidad contributiva, sin garantizar una mejora equivalente en cobertura o calidad (ONU Mujeres, 2022; Scuro, Alemany y Coello 2022). En muchos casos, además, la insuficiencia de financiamiento público hace que el gasto de bolsillo adquiera un peso significativo, con consecuencias regresivas y efectos catastróficos para los hogares, tal como ha sido ampliamente documentado en países europeos donde los costos del cuidado superan en varios casos la mitad del ingreso disponible de las personas mayores (Costa-Font & Nilesh, 2022).

En contraste, el financiamiento ex ante implica la acumulación anticipada de recursos a través de esquemas contributivos, seguros sociales obligatorios o seguros privados complementarios. Su lógica central es que el riesgo de dependencia se distribuye intertemporalmente entre generaciones, permitiendo socializar el riesgo de la dependencia al agrupar individuos con distintos niveles de riesgo de necesitar cuidados de largo plazo. Colombo et al. (2011), en su análisis comparado de la OCDE, destacan que los sistemas más consolidados de cuidados de largo plazo, como los de Alemania, Japón y Corea del Sur, se basan en seguros obligatorios cuyo financiamiento proviene de contribuciones salariales y primas pagadas por toda la población adulta. Estos esquemas, además, suelen requerir la participación obligatoria de trabajadores, empleadores y jubilados, lo que amplía la base financiera y asegura un flujo constante de ingresos, independiente del ciclo económico.

Entre las ventajas más importantes de los mecanismos ex ante se encuentra su resiliencia frente a cambios políticos y fiscales. Al separar el financiamiento del presupuesto general, los seguros sociales permiten una protección más robusta contra los riesgos de dependencia, reducen la incertidumbre para usuarios y proveedores y posibilitan el desarrollo de mercados formales de cuidado, con estándares profesionales y una mejor regulación laboral. Costa-Font y Nilesh (2022) destacan que estos mecanismos tienden a reducir la carga sobre los hogares, especialmente las mujeres, al aumentar la oferta formal y disminuir el peso del cuidado no remunerado. Asimismo, los sistemas de seguro suelen incorporar evaluaciones estandarizadas de dependencia que mejoran la equidad y la transparencia en el acceso (Campbell & Ikegami, 2000; Campbell et al., 2010). Colombo et al. (2011) destacan que, en ausencia de financiamiento anticipado, los países enfrentan serias dificultades para expandir simultáneamente la cobertura y la calidad de los servicios, lo que conduce a un círculo vicioso donde la falta de servicios formales refuerza la dependencia de las familias y limita la participación laboral de las mujeres. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en Europa y Asia, donde la introducción de seguros sociales redujo tanto el gasto de bolsillo como la carga sobre las cuidadoras familiares al impulsar la oferta de servicios formales y subsidios profesionales.

No obstante, los modelos ex ante también enfrentan limitaciones. En primer lugar, requiere aumentar las contribuciones salariales a la seguridad social, aumentando los costos de la generación de empleo. Adicionalmente, si el acceso al derecho no está asociado directamente a haber pagado las contribuciones, esto puede implicar un desincentivo a la formalidad. Esos sistemas generan exigencias de largo plazo sobre el mercado laboral, ya que dependen críticamente de la masa salarial para la recaudación. Esto puede ser problemático en economías con alta informalidad, como las latinoamericanas, donde la base contributiva es estrecha y las brechas de género en el empleo reducen el potencial recaudatorio. También existe el riesgo de inequidad intergeneracional si las generaciones actuales deben financiar tanto la transición hacia el nuevo sistema como sus propias contribuciones. Por otro lado, su implementación puede implicar un importante costo administrativo, que requiere reformas legales amplias y altos niveles de coordinación institucional.

Costa-Font et al. (2015) introducen un matiz importante al señalar que los sistemas existentes rara vez son puramente ex ante o ex post. Más bien, suelen combinar instrumentos, dando lugar a “asociaciones implícitas” entre Estado, familias y mercado, en las que la distribución de responsabilidades depende no solo del diseño financiero sino también de normas sociales, estructuras demográficas y regímenes de bienestar. Los países escandinavos, por ejemplo, utilizan impuestos generales (ex post) pero con asignaciones estables y con altos niveles de institucionalización del cuidado, lo que mitiga la volatilidad fiscal.

El contexto de cambio demográfico genera presiones fiscales en todos los sistemas de cuidado de larga duración, independientemente de su modalidad de financiamiento. Las proyecciones internacionales muestran que la demanda de cuidados de largo plazo continuará creciendo de manera sostenida en las próximas décadas como consecuencia del envejecimiento poblacional. Según estimaciones recientes de la OCDE (2024), la cantidad de personas mayores que requerirán cuidados aumentará en más de un tercio hacia 2050, lo que ejercerá una presión considerable sobre los sistemas existentes. Si los países mantuvieran los niveles actuales de cobertura y accesibilidad, el gasto promedio de la OCDE se multiplicaría por 2,5 al 2050. Y si, además, los sistemas ampliaran su generosidad para reducir los elevados pagos de bolsillo y el riesgo de pobreza asociado al alto costo de estos servicios, el gasto podría llegar a cuadruplicarse en ese mismo horizonte temporal. Aunque esta dinámica plantea desafíos significativos para la sostenibilidad financiera de todos los sistemas de cuidado de larga duración, es especialmente relevante en aquellos que dependen de contribuciones específicas de la población ocupada. En estos casos, el aumento del costo del sistema recae directamente sobre la población económicamente activa, que debe financiar un número creciente de personas dependientes. Este fenómeno ha llevado a varios países a evaluar mecanismos que permitan distribuir intertemporalmente la carga, reduciendo la presión que recaería sobre las generaciones futuras. En esta línea, algunos sistemas ya han incorporado la obligación de constituir reservas o fondos de acumulación, como ocurre actualmente en Alemania y Luxemburgo, con el objetivo de mejorar la sostenibilidad del financiamiento frente al crecimiento estructural de la demanda.

Los modelos de financiamiento de los sistemas de cuidado en América Latina se encuentran atravesados por desafíos estructurales que combinan la creciente demanda derivada del envejecimiento poblacional, la expansión de la dependencia y las restricciones fiscales persistentes en la región. Tal como señalan Fabiani et al. (2022), el desarrollo de políticas de atención a la dependencia ha adquirido centralidad en la agenda social latinoamericana, aunque su

implementación enfrenta barreras significativas asociadas a la falta de información sobre costos, la fragmentación de la oferta existente y las dificultades para definir mecanismos de financiamiento sostenibles. En este contexto, los países deben evaluar con precisión el costo potencial de los servicios y las alternativas para sostenerlos a largo plazo, considerando tanto la estructura demográfica como las características de sus regímenes de bienestar.

ONU Mujeres (2022) destaca que, aunque la mayoría de los países financian actualmente políticas vinculadas a los cuidados mediante rentas generales del Estado, estas iniciativas no están integradas dentro de sistemas formales, universales y articulados, sino que constituyen una base fragmentada que requiere consolidación para garantizar derechos efectivos. Desde esta perspectiva, la discusión sobre modelos de financiamiento adquiere relevancia no solo fiscal, sino también normativa y política, en tanto implica definir si el cuidado será reconocido como un derecho universal y cómo se distribuirá la responsabilidad entre el Estado, los hogares y el mercado.

Los modelos financiados con impuestos generales enfrentan restricciones fiscales severas en América Latina, donde el bajo crecimiento económico, el aumento de la deuda y la limitada capacidad recaudatoria condicionan la ampliación de la oferta de servicios (ONU Mujeres 2022).

Por su parte, los modelos basados en seguros sociales han sido analizados por Fabiani et al. (2022) como una opción potencial para la región, con la ventaja de generar derechos vinculados a la contribución laboral y permitir un financiamiento más estable en el tiempo, en la medida en que el acceso a los servicios dependa del aporte. No obstante, estos esquemas presentan desafíos importantes en economías con alta informalidad laboral, ya que su financiamiento depende de la masa salarial formal y puede generar problemas de sostenibilidad ante el envejecimiento acelerado. Finalmente, ONU Mujeres (2022) y Scuro, Alemany y Coello (2022) introducen el concepto de fondos solidarios de cuidados como un instrumento híbrido que puede combinar recursos ex ante y ex post, ampliar la base financiera y asegurar la progresividad, lo cual resulta especialmente pertinente en el contexto latinoamericano, donde la justicia distributiva y la equidad de género son dimensiones centrales del diseño de políticas de cuidados.

En suma, si bien los mecanismos de financiamiento ex post presentan ventajas en términos de flexibilidad y facilidad de implementación, también enfrentan limitaciones relevantes en materia de estabilidad, equidad y sostenibilidad. En contraste, los esquemas ex ante, aunque requieren una arquitectura institucional más compleja y un proceso de transición cuidadoso, facilitan la planificación de largo plazo, mejoran la previsibilidad financiera y reducen significativamente la carga directa sobre los hogares. La evidencia internacional sugiere, además, que los sistemas que tienen un peso relevante del financiamiento ex ante tienen también presente el financiamiento ex post, articulando el uso de impuestos generales para asegurar un piso básico de protección con seguros sociales obligatorios que financian prestaciones universales o cuasi universales. En un contexto de transición demográfica que implica un crecimiento sostenido de las necesidades de cuidados de larga duración, resulta necesario considerar la implementación de mecanismos de financiamiento ex ante que permitan garantizar un flujo de recursos estable y previsible para el desarrollo de servicios orientados a expandir la cobertura actual, distribuyendo intertemporalmente la carga financiera. En la siguiente sección se analizan las experiencias internacionales existentes en materia de financiamiento ex ante.

3. Experiencias internacionales de financiamiento ex ante

El análisis comparado de los sistemas de cuidados de largo plazo en países que han desarrollado fondos o seguros sociales específicos permite identificar aprendizajes relevantes que orientan la propuesta para el diseño del sistema uruguayo. En esta sección se analiza en detalle la experiencia de los cinco países que tienen financiamiento ex ante de los servicios de cuidado de larga duración: Alemania, Japón, Corea del Sur, Luxemburgo y los Países Bajos. Estos cinco países tienen aportes de las personas que no están en situación de dependencia (trabajadores, empresarios, y en algunos casos jubilados) que financian los servicios y prestaciones de cuidado para los usuarios de los cuidados de largo plazo. Las personas en situación de dependencia también hacen aportes, típicamente a través de copagos, y en la mayoría de los casos manteniendo también el aporte que realizan las personas no dependientes del mismo grupo demográfico.

En todos los países analizados, el sistema se financia con tres fuentes: contribuciones de trabajadores, empresarios y jubilados, impuestos y copagos de los usuarios. Sin embargo, el peso de cada una de estas fuentes es diferente (Tabla 1). Por un lado, en Alemania y Países Bajos la mayor parte del financiamiento surge de las contribuciones, mientras que el aporte de los impuestos es muy bajo. En estos países, los impuestos solo se utilizan cuando los fondos de contribuciones no son suficientes por alguna situación excepcional o para cubrir el aporte de poblaciones vulnerables o sin capacidad de pago. Estos son los modelos más maduros; el seguro de Países Bajos se crea en 1968 y el de Alemania en 1995. El caso de Alemania se puede categorizar como “Seguro Puro” dado que el acceso a las prestaciones está vinculado a haber realizado contribuciones previamente. En el caso de Países Bajos, el acceso a las prestaciones es universal para los residentes, por lo que la contribución opera en la práctica como un impuesto a los ingresos, que financia casi completamente los servicios de cuidado de largo plazo de quienes lo requieren.

Por otra parte, Corea, Japón y Luxemburgo tienen diseños que se podrían considerar como “Modelos Mixtos” con un peso similar de los impuestos y de las contribuciones. Estos modelos buscan combinar la equidad de los modelos basados en impuestos con la estabilidad financiera de los modelos contributivos. Son sistemas más jóvenes, creados en 1999 (Luxemburgo), 2000 (Japón) y 2008 (Corea) bajo la presión de un envejecimiento demográfico acelerado, y que debieron diseñar arquitecturas institucionales capaces de sostener una demanda creciente de cuidados en el largo plazo.

Tabla 1. Peso de Impuestos, contribuciones y copagos en los países analizados

	Impuestos	Contribuciones	Copagos
Alemania	3%	90%	7%
Países Bajos	5%	90%	5%
Japón	45%	45%	10%
Corea del Sur	37%	52%	11%
Luxemburgo	45%	52%	3%

Fuente: Elaboración propia en base a Colombo et al (2011) y Yamada y Arai (2020).

Las tasas y características de las contribuciones varían significativamente entre países, como se observa en la Tabla 2. Como es de esperar, las tasas están relacionadas con el peso que tienen las contribuciones en el financiamiento del sistema. Alemania y Países Bajos tienen tasas más altas de contribución que los restantes países, que tienen un peso mayor de los impuestos.

En todos los países quienes aportan son los trabajadores y los jubilados, y en todos los países, menos en Luxemburgo y Países Bajos, hay también un aporte de los empleadores. En el caso de los trabajadores, no hay distinciones en el aporte que realizan, salvo en Japón, donde el aporte comienza a cobrarse recién a los 40 años. Por otro lado, en Alemania se cobra una tasa adicional de 0,6% para todas las personas que no tienen hijos (trabajadores y jubilados), con el argumento de que tienen menor disponibilidad de cuidados informales. La justificación del recargo adicional es que se espera que las personas sin hijos utilicen en mayor medida servicios de cuidados de larga duración en especie, los cuales se establecen en un nivel más generoso que las prestaciones monetarias, que a su vez son más utilizadas por personas con hijos (OCDE 2024). Es importante notar que en todos los países se incluyen a todos los trabajadores, ya sean dependientes o independientes.

Las diferencias más importantes se observan en el tratamiento del aporte de los jubilados. En Países Bajos y Luxemburgo el aporte de los jubilados es el mismo que el de los trabajadores. En Corea la tasa de los jubilados es el doble de la de los trabajadores, es decir, la persona realiza el aporte completo por sí misma, compensando así el aporte que no tiene por parte de los empleadores. En Alemania tiene el mismo esquema, pero los jubilados pagan la mitad de la prima directamente de su jubilación y el fondo de pensiones que cubre al jubilado paga la otra mitad. En Japón el cambio del aporte no depende de la condición de jubilado sino de la edad (mayor de 64 años) y aportan una prima fija que depende de su nivel de ingreso y es gestionada a nivel local. La Tabla A.1 del Anexo desglosa la estructura de pagos de las personas mayores de 65 años en Japón. Solo en Corea se deja de pagar la contribución si la persona es usuaria del sistema.

En Países Bajos se establece un aporte máximo, coincidiendo también con las tasas de contribución más altas entre las experiencias revisadas. La prima del seguro tiene un tope máximo de ingresos anuales sobre el que se aplica la contribución, y a partir de ese monto ya no se paga la contribución. El tope coincide con el máximo del primer tramo del impuesto a la renta, que ha estado en el entorno de €38.000 a €40.000 anuales, variando levemente cada año. Esto implica que el máximo anual de la prima del seguro ronda los €3.700–€3.900, aun para personas con ingresos altos⁵. Esto introduce regresividad al sistema, lo que se agrava al considerar que el ingreso anual máximo que se considera es relativamente bajo. Sin embargo, se compensa con la fuerte progresividad en el diseño de los copagos en Países Bajos.

⁵ En Alemania existe un sistema similar, pero con máximos significativamente mayores. No se realizan aportes por el ingreso que supere los €66.000 por año (aproximadamente €5.500 al mes). Este tope es el mismo que se utiliza para otros seguros sociales alemanes (salud, pensiones, desempleo).

Tabla 2. Tasas de contribuciones por país.

Alemania	1,3 a 1,8%	Trabajadores
	0.6%	Adicional trabajadores sin hijos
	1,3 a 1,8%	Empleadores
	3.6%	Jubilados
	0.6%	Adicional jubilados sin hijos
Países bajos	9.65%	Trabajadores (con tope)
	9.65%	Jubilados (con tope)
Japón	0.90%	Trabajadores mayores de 39 años
	0.90%	Empleadores
	Prima fija	Mayores de 64 años (ajustada por nivel de ingreso y municipio)
Corea del Sur	0.5%	Trabajadores
	0.5%	Empleadores
	1.0%	Jubilados - No pagan si hacen uso del sistema
Luxemburgo	1.40%	Trabajadores
	1.40%	Jubilados

Fuente: Elaboración propia en base a Colombo et al. (2011), European Commission (2023), Costa-Font y Nilesh (2022), y Rhee et al (2015). En el caso de Alemania, el aporte depende de la cantidad de hijos: si tiene al menos un hijo (sin importar la edad) el aporte es de 1.8%, a partir de dos hijos menor de 25 años hay descuentos, alcanzando un aporte de 1,3 si tiene 5 o más hijos menores de 25. La Tabla A1 del Anexo desglosa la estructura de pagos de las personas mayores de 65 años en Japón.

Todos los países estructuran propuestas de cobertura de los seguros para quienes no están ocupados. En general, la cobertura y pago de la prima tiene el mismo diseño que los seguros de salud de cada país. Las personas desempleadas que sean beneficiarias de programas de asistencia o seguridad social mantienen la cobertura obligatoria en todos los países y se cobra la prima del seguro del ingreso que tenga la persona, incluyendo programas del Estado y otros ingresos. En el caso de Alemania, el Estado se hace cargo de la cuota parte del aporte del empleador, mientras que en Corea y Japón la persona se hace cargo del aporte completo, tanto de su parte como de la del empleador.

En todos los casos, existen reducciones o exenciones del aporte para personas de bajos ingresos o que son beneficiarias de programas de asistencia social. Por ejemplo, en Japón las personas cuyos ingresos se espera que se reduzcan al 70% o menos comparado con el año pasado a causa del despido, bancarrota, cierre de un negocio, pérdida de ganancias en los negocios u otra razón desde el mes en el que se produce tal situación, se beneficiarán de una reducción o exención del porcentaje de aporte en proporción a la reducción de los ingresos. Lo mismo aplica para hogares que sufrieron desastres naturales. En el caso de Corea, quienes califican para el programa de asistencia social de salud no deben pagar la prima del seguro.

Por otro lado, en Alemania y Corea los hijos menores de edad y cónyuges no empleados de las personas ocupadas están cubiertos por el seguro del ocupado sin un costo adicional.

Todos los sistemas analizados incluyen copagos por parte de los usuarios. La incorporación de copagos en los sistemas de cuidados de largo plazo se justifica desde diversas perspectivas que convergen en la necesidad de garantizar sostenibilidad financiera y equidad distributiva. Desde la

teoría tradicional del seguro, los copagos operan como un mecanismo para mitigar el riesgo moral, reduciendo la posibilidad de que el uso de servicios se expanda más allá de las necesidades efectivamente evaluadas y contribuyendo a un uso más eficiente de los recursos públicos. A ello se suma un argumento estructural asociado a la naturaleza de los servicios de larga estadía: una parte significativa de los costos proviene de componentes de vivienda y alimentación que no constituyen cuidados en sentido estricto, por lo que resulta razonable que las personas usuarias contribuyan a esos gastos de la misma manera que lo harían fuera del sistema. Por ejemplo, en Alemania y Luxemburgo los copagos se aplican principalmente al alojamiento y la manutención en establecimientos residenciales, mientras que el costo del cuidado directo, entendido como servicio profesional, está cubierto por el seguro. En el caso de Japón y Corea del Sur el mecanismo es el opuesto, los copagos solo operan sobre el costo de los servicios de cuidado directo y los costos de alimentación y vivienda no están considerados en el aseguramiento. Los usuarios de bajos ingresos pueden solicitar una reducción o exención de los pagos de hotelería, pero está categorizado como “Beneficios Adicionales” (Japón) o depende de la asistencia social (Corea). Esta separación conceptual y financiera entre los costos directos e indirectos del cuidado permite que los copagos funcionen como mecanismo de sostenibilidad sin excluir a personas de menores ingresos, dado que existen topes máximos, subsidios y exoneraciones. Finalmente, desde una perspectiva de justicia distributiva, los copagos permiten introducir grados de progresividad al vincular su magnitud con la capacidad económica de cada persona, evitando que se conviertan en barreras de acceso y asegurando que quienes cuentan con mayores ingresos aporten proporcionalmente más al financiamiento del sistema. La Tabla 3 muestra las características de los copagos en los cinco países analizados.

Tabla 3. Características de los copagos en los países analizados

Alemania	Contribución fija del Seguro, resto es copago. Depende del servicio que se elija (domiciliario, institucional, transferencia monetaria). Exoneración para personas vulnerables
Países Bajos	Depende del ingreso del usuario y del tipo de prestación por la que opta (domiciliaria o institucional)
Japón	Porcentaje fijo del costo del servicio (10%)* excluyendo los costos de hotelería que corren por cuenta del usuario. Los usuarios de bajos ingresos pueden solicitar "Beneficios Adicionales" que cubren los costos de vivienda y alimentación en centros de larga estadía.
Corea del Sur	Porcentaje fijo del costo (15-20%). Hay un subsidio máximo a partir del cual paga el adicional el usuario. Los costos de alimentación y alojamiento los paga el usuario
Luxemburgo	Solo copago de alimentación y alojamiento

Notas: (*) En el caso de Japón, el copago es de 10% salvo para personas de ingresos altos (aproximadamente 10% de los usuarios) que pagan 20 o 30% del costo del servicio dependiendo de su ingreso. Se establece un máximo mensual de aproximadamente \$450 dólares para el copago (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcis_2017_e.pdf). En Corea del Sur el aporte de 15 o 20% depende de si es un servicio en el hogar (15%) o institucional (20%).

Fuente: Elaboración propia en base a European Commission (2023) para Países Bajos y Colombo et al. (2011).

Respecto a la institucionalidad, casi todos los seguros utilizan las estructuras administrativas de los seguros de salud, aunque con estatus y cajas separadas. Esto puede estar asociado al período de puesta en marcha de estos seguros, antes de la expansión del concepto de cuidados de forma

autónoma del cuidado de la salud.⁶ Alemania constituye el ejemplo paradigmático de un seguro de cuidados concebido como un riesgo social autónomo dentro del sistema de seguridad social: desde su creación en 1995, el *Pflegeversicherung* se configuró como el quinto pilar de la seguridad social, separado del seguro de salud, aunque administrado por las mismas cajas de enfermedad, lo que asegura coordinación operativa sin perder autonomía financiera y normativa. En los Países Bajos, en cambio, el seguro de cuidados se inserta institucionalmente dentro del sistema de salud, aunque bajo un esquema separado del seguro médico regular; la actual Ley de Cuidados de Largo Plazo (WLZ) se administra dentro de la arquitectura sanitaria, pero con reglas, prestaciones y fuentes de financiamiento propias. En Corea del Sur el seguro de cuidados se encuentra institucionalmente integrado al Sistema Nacional de Salud y administrado por el mismo ente, el *National Health Insurance Service*, aunque se financia con primas diferenciadas y opera con reglas propias. Finalmente, Luxemburgo combina elementos de salud y seguridad social mediante un seguro de dependencia gestionado por la Caja Nacional de Salud, que actúa como organismo unificado para salud y cuidados, pero mantiene cuentas separadas y un marco regulatorio específico. El único caso en el que no tiene una institucionalidad asociada al sistema de salud es el caso de Japón, donde la administración está descentralizada en los municipios, como es habitual en las políticas de bienestar de ese país. Japón ubica su seguro como un pilar específico del bienestar social bajo supervisión del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar.

A pesar de las diferencias institucionales entre los cinco países, todos comparten que el acceso a las prestaciones se basa principalmente en la presencia y nivel de dependencia del usuario. En los países europeos las prestaciones están dirigidas a las personas en situación de dependencia, sin importar la edad, mientras que en Corea y Japón el sistema está exclusivamente centrado en personas mayores y se permite el acceso a personas menores de 65 años solo si tienen enfermedades relacionadas al envejecimiento.

En todos los casos se utilizan instrumentos de evaluación estandarizados para determinar el nivel de dependencia. Estos instrumentos clasifican a las personas según su grado de necesidad y asignan prestaciones en función de dicha valoración. En Japón, por ejemplo, el sistema utiliza un algoritmo que integra variables físicas, cognitivas y sociales para definir niveles de dependencia que luego determinan la intensidad de los servicios cubiertos por el seguro. En Alemania, se incorporan aspectos cognitivos, emocionales y de autonomía. La estandarización de la valoración permite asegurar transparencia, eficiencia en la asignación de recursos y coherencia en los criterios de acceso.

Salvo en el caso de Alemania, el acceso a las prestaciones está basado en las necesidades de cuidado y en la residencia legal en el país. Como se mencionó previamente, en el caso de Corea y Japón también depende de la edad. En el caso de Alemania, el seguro opera de forma más tradicional, y el acceso a las prestaciones requiere que la persona haya realizado los aportes al seguro previamente. Para acceder a las prestaciones, se tiene que haber cotizado al seguro de cuidados de larga duración durante al menos dos años dentro de los diez años previos a la solicitud de ingreso a las prestaciones. De todas maneras, es importante notar que la obligatoriedad del seguro y los niveles casi universales de formalidad en el empleo en estos países implican que la amplia mayoría

⁶ Ver Naciones Unidas (2024) para una descripción de la evolución de los marcos conceptuales y normativos de los cuidados

de las personas realizaron el pago de las primas, ya sea a través de su condición de ocupado, jubilado o como beneficiario de programas de bienestar social.

Respecto a los servicios de cuidado, todos los sistemas analizados ofrecen de una canasta de servicios, incluyendo tanto servicios domiciliarios como institucionales, que en su mayoría son brindados por prestadores privados. Esto viene acompañado de una regulación estricta y continua de los prestadores de servicios. La habilitación, la acreditación y el monitoreo operan bajo marcos regulatorios sólidos que garantizan estándares homogéneos de calidad, y solo se puede ser prestador del sistema si se cumple la habilitación. En Corea del Sur, por ejemplo, la incorporación de prestadores privados fue acompañada de un sistema de auditorías periódicas y sanciones para asegurar el cumplimiento de estándares profesionales. En los Países Bajos, la provisión es mayoritariamente pública o privada sin fines de lucro, y se integra dentro de un esquema institucional donde la calidad es un criterio central para la continuidad de la habilitación. Nuevamente se identifica una diferencia entre los países europeos y los asiáticos en que en Corea y Japón la persona beneficiaria elige al prestador entre los autorizados por el Seguro mientras que en Alemania, Luxemburgo y Países Bajos se les asigna un proveedor (especialmente para cuidados institucionales).

Con la excepción de Japón, todos los sistemas ofrecen también transferencias monetarias (“cash for care”), aunque generalmente desincentivadas. Por ejemplo, en Alemania las transferencias monetarias que se ofrecen son de un monto significativamente inferior que las prestaciones en especie, aunque son elegidas por una proporción alta de la población. El 70% de quienes reciben cuidado en su casa optan por la transferencia monetaria (Rhee, Done, Andersen, 2015). En Corea solo se ofrecen transferencias monetarias cuando no existen servicios disponibles para el usuario (localidades rurales).

Ninguno de los seguros sociales de cuidado de largo plazo analizados fue implementado en su forma actual desde el inicio, sino que todos transitaron procesos graduales de expansión y sucesivas reformas que respondieron tanto a presiones demográficas como a desafíos financieros y organizacionales. Alemania amplió progresivamente su cobertura y en 2017 redefinió por completo los criterios de elegibilidad al adoptar un enfoque multidimensional que incorporó el deterioro cognitivo. Los Países Bajos, por su parte, experimentaron una transformación estructural aún más profunda: el antiguo seguro AWBZ se expandió durante décadas hasta volverse fiscalmente insostenible, lo que llevó en 2015 a la creación de la WLZ, un esquema más restringido y con funciones redistribuidas entre el seguro de salud y los gobiernos locales. Japón también adoptó un enfoque incremental, incorporando de forma escalonada servicios domiciliarios, institucionales y prestaciones preventivas, acompañado de reformas periódicas para ajustar copagos, criterios de elegibilidad y coordinación comunitaria. Corea siguió una trayectoria similar, introduciendo en 2008 un seguro inicialmente limitado a dependencias severas y cuidados domiciliarios, que luego se expandió hacia niveles moderados e institucionalización, aunque con ajustes recientes para contener costos y elevar estándares de calidad. Luxemburgo, finalmente, ha realizado reformas continuas desde 1999, orientadas a ampliar prestaciones, actualizar criterios de valoración y reforzar la sostenibilidad del sistema.

Estas experiencias ofrecen lecciones importantes para Uruguay, no solo respecto a los mecanismos de financiamiento, sino también en relación con aspectos institucionales, de gobernanza y de

regulación que resultan indispensables para la construcción de un sistema sólido, equitativo y sostenible.

Recuadro 1. La reciente implementación de un seguro de cuidados en Eslovenia

En 2023 Eslovenia aprueba por ley una reestructuración de su sistema de cuidado de larga duración buscando abordar problemas estructurales del pasado sistema, mejorar el acceso a servicios domiciliarios y comunitarios, y alcanzar una provisión más equitativa y sostenible en todo el país. La reforma introduce un seguro obligatorio de LTC, tal como en los países con financiamiento ex ante, que busca garantizar el acceso universal.

Antes de la reforma, el sistema se caracterizaba por un esquema de financiamiento fragmentado, basado en una combinación de recursos públicos y privados. Las prestaciones monetarias (como la asignación por asistencia y cuidado) eran financiadas por el Estado, mientras que los servicios en especie (atención domiciliaria y larga estadía) se sostenían mediante presupuestos nacionales y municipales, complementados por copagos de los usuarios. Paralelamente, los componentes sanitarios del cuidado eran cubiertos por el seguro obligatorio de salud, administrado de forma separada. Este modelo implicaba una elevada dependencia del gasto directo de los hogares y del cuidado informal familiar, lo que contribuía a importantes desigualdades territoriales y socioeconómicas en el acceso a los servicios.

Con la entrada en vigor de la Ley de Cuidados de Larga Duración, Eslovenia avanza hacia un modelo integrado sustentado en un seguro obligatorio específico para cuidados de larga duración. A partir del 1 de julio de 2025, el financiamiento se basa principalmente en contribuciones obligatorias con una tasa del 1% pagada por empleadores, trabajadores y jubilados. Los trabajadores por cuenta propia aportan el 2% dado que no hay empleador con quién distribuir el aporte. Esto se complementa con 190 millones de euros provenientes del presupuesto estatal anualmente. De este modo, el esquema es similar a los “Modelos Mixtos” descritos en el texto. Este nuevo esquema busca reducir la dependencia del gasto directo de los hogares y del cuidado informal no remunerado, al tiempo que fortalece el rol del financiamiento público en la provisión de servicios.

Al igual que en el resto de los países analizados, los usuarios pueden solicitar una exención del aporte cuando no pueden asumirlo por sí mismos. La solicitud es evaluada en términos de la capacidad económica de la persona, tomando en cuenta los ingresos del usuario y de su familia, patrimonio, como bienes muebles o inmuebles y gastos y cargas familiares básicas. Cuando es aprobada, el municipio interviene para cubrir los costos de los servicios de cuidados de larga duración. Sin embargo, una particularidad de Eslovenia es que estos costos se reembolsan parcialmente con el valor de la vivienda de la persona atendida tras su fallecimiento.

Los copagos están presentes también en el diseño del sistema de Eslovenia. Se propone que, si los recursos del seguro de cuidados de larga duración y las asignaciones presupuestarias resultan insuficientes para satisfacer la demanda, los usuarios deberán contribuir entre el 10 % y el 20 % del coste del servicio a partir de 2028.

En cuanto a la institucionalidad, se creó en enero de 2023 el Ministerio del Futuro Solidario para centralizar la coordinación y conciliar un único punto de acceso para los usuarios. Previamente, las competencias estaban divididas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales haciendo el ingreso al sistema más complejo debido a la baja integración entre salud y servicios sociales.

El criterio de ingreso al sistema de cuidados de larga duración también experimentó una fuerte reestructura, pasando de un sistema fragmentario de postulación y evaluación por programa a una evaluación única y centralizada. A partir del 1 de enero de 2024, se han establecido puntos de entrada regionales responsables de evaluar las necesidades de cuidados y asignar a las personas a una de las cinco categorías de necesidades de cuidado. Así como en el caso de Alemania, además de las necesidades de cuidado y la residencia se exige un mínimo de aportes para acceder a las prestaciones. Para acceder se tiene que haber estado asegurado al menos 24 meses dentro de los últimos 36 meses antes de solicitar las prestaciones.

Respecto a los servicios de cuidado, Eslovenia no es la excepción ya que ofrece, al igual que el resto de los países analizados, un amplio abanico de servicios tales como hogares de larga estadía, atención domiciliaria, centros de día, transferencias monetarias, apoyo a cuidadores familiares formalizados y teleasistencia, entre otros.

Actualmente, el país atraviesa un período de transición desde un sistema de cuidados de larga duración (LTC) previamente fragmentado y escasamente regulado hacia un nuevo modelo orientado a la integración del LTC. La implementación de la ley se desarrolla de forma progresiva en tres etapas: en enero de 2024 se activó el derecho al familiar cuidador; en julio de 2025 se preveía la entrada en vigor del derecho a la atención domiciliaria y a los servicios de teleasistencia; y para diciembre de 2025 se proyectaba la incorporación del derecho a los cuidados residenciales y a las prestaciones monetarias por cuidados.

4. Fondos y seguros sociales en Uruguay

A nivel nacional, el desarrollo de fondos o seguros sociales es relativamente importante. Su experiencia de implementación y sus características deben ser tomadas en cuenta para la consideración de la implementación de un seguro o fondo de cuidados de larga duración. Por ello, en esta sección se presentan algunos antecedentes relativos a los fondos y seguros sociales existentes en el país, que resultan relevantes como insumos para el diseño e implementación de un fondo para el financiamiento de cuidados de larga duración. Se repasan las características de las principales experiencias nacionales: Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Fondo Nacional de Recursos (FNR), y Fondo de Reconversión Laboral (FRL).

El Fonasa es el principal instrumento de financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado por la Ley 18.131 y continuado por la Ley 18.211. Su objetivo es financiar el régimen de prestación de asistencia médica de sus beneficiarios, actuando como el organismo central que recauda, administra y distribuye los recursos económicos destinados al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Administrado por el Banco de Previsión Social, busca asegurar la cobertura médica a trabajadores, jubilados y sus núcleos familiares, garantizando el acceso a prestaciones a través de prestadores públicos (ASSE) o privados (IAMC y Seguros Privados). El Fonasa recauda los aportes de trabajadores, empleadores y jubilados, y un complemento del presupuesto nacional a través de rentas generales si los fondos son insuficientes. Paga a los prestadores elegidos por los usuarios una prima fija que asegura su atención cuando el

usuario lo requiera⁷. Estas primas dependen de la edad y sexo del usuario, buscando asociarse al riesgo de utilización del servicio. Las prestaciones cubiertas incluyen atención primaria y especializada, consultas médicas, controles preventivos, vacunación, servicios odontológicos, medicamentos y otros procedimientos listados en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) que se financian de manera universal, siempre que el médico tratante determine su necesidad. El Ministerio de Salud Pública define la inclusión de prestaciones en el Plan Integral de Atención a la Salud. También se establecen tasas moderadoras del consumo que los usuarios pagan al hacer uso de los servicios. El MSP también regula el monto máximo de estas tasas y es habitual que los prestadores utilicen el monto de las tasas moderadoras de su institución en su política comercial, ofreciendo tasas más bajas que sus competidores o nulas.

El criterio de acceso es amplio: cubre trabajadores dependientes y no dependientes, jubilados y pensionistas, cónyuges no aportantes de trabajadores y jubilados, hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a cargo. Se accede al derecho con el alta del trabajo o de la prestación, pero se requieren mínimos de ingreso para los trabajadores⁸. Los trabajadores en seguro de desempleo mantienen su beneficio, y se extiende hasta un mes más luego de que termina la prestación. En caso de que un beneficiario pierda su amparo al seguro por no tener actividad, haber finalizado el subsidio de desempleo, por fallecimiento u otro motivo, los menores de edad a su cargo podrán mantener la cobertura de salud por Fonasa durante 12 meses más, siempre y cuando el beneficiario generante haya realizado un mínimo de 12 meses de aportes en los 24 meses anteriores al cese de la actividad o término del subsidio.

Es importante notar que toda persona que no esté cubierta por Fonasa igual mantiene el derecho de la atención de salud en el prestador público, recibiendo las mismas prestaciones que una persona asegurada por Fonasa que haya elegido ASSE como prestador. En este sentido, lo único que diferencia a los “usuarios contributivos” de ASSE de los “no contributivos” es que los primeros tuvieron la opción de elegir entre este prestador y un prestador privado.

El FNR cumple una función complementaria y especializada dentro del SNIS, ya que financia procedimientos de alta complejidad, dispositivos médicos y medicamentos de alto costo que suelen exceder la cobertura ordinaria del Fonasa y que son de baja recurrencia. Las prestaciones financiadas por el FNR se realizan normalmente en Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), tanto públicos como privados habilitados por el Ministerio de Salud Pública, y abarcan cirugías complejas, trasplantes, tratamientos oncológicos avanzados y terapias costosas que requieren concentración de recursos técnicos y humanos. El acceso al financiamiento del FNR no está condicionado a criterios de ingresos, sino que se basa en que la persona cuente

⁷ El caso del prestador público, ASSE, es particular dado que cuenta también con financiamiento por parte de impuestos generales. Desde la perspectiva institucional del Fonasa, ASSE opera como cualquier otro prestador en la medida de que se transfieren las primas correspondientes a la atención de los usuarios que eligen este prestador. La diferencia es que el presupuesto asignado a ASSE de impuestos depende del aporte de Fonasa, y se reduce en la medida en que aumente la cantidad de usuarios que lo eligen como prestador, y por tanto su financiamiento a partir de Fonasa. A partir de la Ley de Presupuesto Nacional 2025 (Ley N° 20446) esto se modifica y los incrementos “podrán destinarse al financiamiento de gastos vinculados al crecimiento de la demanda asistencial, ocasionados por la variación en la base de usuarios, tanto de funcionamiento como de inversiones, y en particular, para la adquisición o recambio de equipamiento y adecuaciones edilicias” (Artículo 525).

⁸ Los trabajadores de la actividad privada tienen que computar como mínimo 13 jornales mensuales de trabajo o percibir una remuneración mayor a 1.25 BPC. Si el trabajador no llega a cumplir con los mínimos, el patrón puede otorgar el beneficio abonando lo que corresponda.

con cobertura formal de salud. La evaluación de la necesidad clínica se realiza a través de procedimientos administrativos que incluyen revisiones médicas, informes técnicos y análisis de riesgo-beneficio antes de emitir una cobertura. El FNR se rige por la Ley 16.343 y su estructura organizativa como persona pública no estatal con una Comisión Honoraria Administradora integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, del BPS, del Ministerio de Economía y Finanzas, de prestadores y de los IMAE, lo que da cuenta de un modelo de gobernanza interinstitucional orientado a equilibrar la sostenibilidad financiera y la calidad técnica de las prestaciones.

Por último, el FRL está orientado a financiar la formación y la reinserción laboral de personas desempleadas o en proceso de transición entre empleos. Su acceso está vinculado principalmente a la situación de desempleo o reconversión laboral de los trabajadores y la elegibilidad depende de criterios socio-laborales definidos por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) en el marco de las políticas de empleo. El BPS recauda los aportes al FRL que son administrados por el INEFOP, un organismo que articula políticas de empleo y formación profesional bajo la normativa laboral y de seguridad social, con un marco regulatorio orientado a promover la reinserción laboral.

Las tasas de aportación al Fonasa responden a un esquema progresivo y contributivo, donde las personas trabajadoras en relación de dependencia aportan a través de un porcentaje de su remuneración: un aporte básico personal del 3% complementado por un aporte patronal fijo del 5% y cantidades adicionales que dependen de la situación familiar y del nivel de ingresos como se muestra en la Tabla 4. El aporte individual tiene un tope anual que se asocia a la cantidad de personas que son cubiertas por el aporte (trabajador, hijos, cónyuge o concubino) con un incremento solidario del 25%. De este modo, se relaciona el aporte con la prestación recibida, lo que determina la conformidad con la condición de contribución de los aportes realizados por las y los trabajadores. Estos recursos, junto con contribuciones del Estado mediante rentas generales, conforman la base financiera que permite al Fonasa pagar a los prestadores integrales del sistema (mutualistas, ASSE y seguros privados integrales) mediante mecanismos de cápita ajustados por edad y sexo. Es importante notar que el Fonasa no es un mecanismo puramente contributivo de financiamiento del seguro de salud dado que tiene un aporte muy relevante (y creciente) de aportes de impuestos generales a su financiamiento (aproximadamente 20% del financiamiento total del Fonasa surge de Rentas Generales⁹). De este modo, el Fonasa se organiza como un fondo mixto, con aportes de tres fuentes: contribuciones, copagos y rentas generales.

⁹ <https://www.bps.gub.uy/bps/file/22440/4/copia-de-inf.-ingr.-y-egr.-fonasa-diciembre-2024.pdf>

Tabla 4. Tasas de aporte de FONASA según nivel de remuneración y situación familiar

Situación familiar	Aporte básico	Aporte adicional	Total
<i>Salario menor a 2,5 BPC</i>			
Sin cónyuge o concubino - Sin hijos	3,0%	0,0%	3,0%
Sin cónyuge o concubino - Con hijos	3,0%	2,0%	5,0%
Con cónyuge o concubino- Sin hijos	3,0%	2,0%	5,0%
Con cónyuge o concubino- Con hijos	3,0%	2,0%	5,0%
<i>Salario mayor a 2,5 BPC</i>			
Sin cónyuge o concubino - Sin hijos	3,0%	1,5%	4,5%
Sin cónyuge o concubino - Con hijos	3,0%	3,0%	6,0%
Con cónyuge o concubino- Sin hijos	3,0%	3,5%	6,5%
Con cónyuge o concubino- Con hijos	3,0%	5,0%	8,0%

Fuente: BPS

Por su parte, FRL se trata de un instrumento de capitalización social financiado mediante aportes tanto personales como patronales del 0,10% de los salarios, tanto para trabajadores dependientes como no dependientes y empleadores¹⁰. Gestionado por el INEFOP, el FRL se inscribe dentro de la seguridad social como un instrumento de capacitación orientado a mejorar la empleabilidad, con financiamiento compartido entre trabajadores, empleadores y —en algunos casos— aportes del Estado.

En contraste, FNR se financia de manera solidaria desde múltiples fuentes, aunque principalmente a partir de transferencias provenientes del Fonasa. Por cada persona aportante al Fonasa, el Banco de Previsión Social transfiere una cuota al FNR, la cual no depende de la edad ni del sexo de los beneficiarios, y que suele ajustarse periódicamente conforme al presupuesto anual del fondo. Esta transferencia constituye la mayor parte de los ingresos del FNR, aunque también puede incluir aportes de rentas generales y reembolsos por prestaciones otorgadas a personas no aportantes al Fonasa, como usuarios de ASSE sin aportes formales o beneficiarios de sanidad de las Fuerzas Armadas.

La implementación del Fonasa se ha realizado de manera progresiva desde su creación en 2007, reflejando el diseño del SNIS y su filosofía de cobertura universal. Inicialmente estuvo integrado por trabajadores dependientes privados, que ya tenían acceso a un sistema de seguro de salud (DISSE), y públicos, que tenían aseguramiento a partir de convenios específicos y fragmentados. Se incluye desde su creación a las hijas e hijos menores de 18 años y mayores con discapacidad. De este modo, desde el inicio del Fonasa ya se contaba con más de la mitad de la población con cobertura. Luego fue ampliando su cobertura para incluir cónyuges, concubinos, trabajadores independientes y jubilados, consolidándose como el principal mecanismo de financiamiento de la asistencia médica en Uruguay. Esta expansión gradual contribuyó a que, a partir del 2017 cuando el sistema está consolidado, el Fonasa cuente con más de 2,5 millones de beneficiarios y pague a decenas de instituciones de salud. La implementación también fue gradual desde de la

¹⁰ Esta tasa se redujo en 2019 de 0,125 a 0,10%.

perspectiva de las prestaciones financiadas, incrementando paulatinamente los medicamentos, procedimientos y tecnologías incluidas en la canasta de servicios.

El FNR, desde su puesta en marcha en 1981, también ha mostrado una evolución significativa tanto en la gama de prestaciones financiadas como en el volumen de gasto. Originalmente centrado en procedimientos de alta complejidad, con el tiempo incorporó medicamentos de alto costo y amplió su cobertura para incluir tratamientos modernos, adaptándose a la evolución tecnológica de la medicina y a las necesidades de la población. Es importante destacar que el FNR enfrenta diversos desafíos de financiamiento en la actualidad derivados del aumento sostenido de la demanda y de los costos asociados a tratamientos de alta complejidad y medicamentos de alto precio, cuya participación en el gasto del organismo ha crecido de forma significativa en las últimas décadas. A esto se agrega el incremento de reclamos y acciones judiciales por parte de usuarios que buscan acceder a tratamientos no incluidos en la cobertura, generando presión adicional sobre el sistema y potenciales efectos fiscales.

En cuanto al FRL, desde su creación en 1991 se ha consolidado como un instrumento de política activa de empleo. Modificaciones en las tasas de aportación y la ampliación de programas de capacitación han buscado mejorar la eficiencia y la cobertura de los programas de formación profesional.

La trayectoria institucional de Uruguay en la creación y gestión de fondos solidarios y seguros sociales como los descritos en esta sección constituye un antecedente relevante para el eventual desarrollo de un seguro de cuidados de larga duración. Estos instrumentos comparten principios fundamentales con los seguros de larga duración existentes en países como Alemania, Japón, Corea, Luxemburgo y los Países Bajos como el financiamiento contributivo y solidario, la gobernanza interinstitucional, la administración centralizada de recursos y asignación de prestaciones mediante criterios técnicos. El Fonasa demuestra la capacidad del país para gestionar esquemas contributivos mixtos con aportes de trabajadores, empleadores y del Estado, aplicando mecanismos de ajuste por riesgo y garantizando cobertura universal dentro de un paquete regulado de servicios. El FNR, por su parte, ofrece evidencia de que Uruguay puede administrar fondos especializados para financiar prestaciones de alta complejidad y baja incidencia, como es el caso de los cuidados de larga duración, con criterios clínicos de elegibilidad y gobernanza técnica. Finalmente, el FRL muestra que el país ya opera instrumentos de seguridad social orientados a riesgos específicos, en este caso laborales, con financiamiento compartido y administración autónoma. En conjunto, estas experiencias reflejan que Uruguay cuenta con capacidades institucionales, mecanismos de recaudación consolidados y marcos normativos que pueden adaptarse para construir un seguro de cuidados de larga duración sostenible y solidario, alineado con los modelos internacionales basados en seguros sociales contributivos.

5. Alternativas de Financiamiento de los Cuidados de Larga Duración en Uruguay

En esta sección se analizan diferentes propuestas de financiamiento del cuidado de largo plazo en Uruguay. Estas propuestas se basan en el diagnóstico apremiante sobre la demanda potencial creciente de cuidados en el mediano y largo plazo y se sustenta en las experiencias internacionales

revisadas. Se exploran diferentes modelos de financiamiento en base a la adaptación de la revisión de experiencias internacionales.

5.1 Dimensionamiento de costos de un sistema de cobertura universal en el corto, mediano y largo plazo.

En primer lugar, se realiza un ejercicio de estimación del alcance de esta propuesta para el financiamiento de un sistema universal de cuidado de largo plazo para las personas en situación de dependencia en Uruguay. Para determinar los costos de un sistema universal, la Tabla 5 propone una distribución de las personas dependientes por prestación, dado que los costos unitarios de los servicios son muy diferentes y la distribución esperada depende del nivel de dependencia. De todos modos, se debe tener en cuenta que la distribución propuesta es solo un ejercicio para estimar el costo esperado del sistema y la distribución efectiva entre servicios podría ser muy diferente, dependerá de las elecciones de los usuarios, oferta de servicios pública y privada, calidad efectiva y percibida, etc. Una definición precisa de los servicios ofrecidos para cada población excede el objetivo de este trabajo, por lo que el ejercicio presentado en la Tabla 5 debe exclusivamente tomarse como una referencia para el diseño de modelos de financiamiento basados en un sistema con perspectiva de provisión universal.

En cualquier caso, la implementación de un sistema universal de cuidados para la dependencia en Uruguay en base a los costos y población dependiente estimada para 2023 (Villalobos 2025) y siguiendo la distribución presentada en la Tabla 5, implicaría un costo total por año de aproximadamente 800 millones de dólares. Esto representa aproximadamente un punto porcentual del PIB. Esta cifra es equivalente a las estimaciones realizadas en otros estudios prospectivos (Villalobos 2025, Matus 2017; Amábile et al 2025) y se ubica por debajo del promedio del gasto en cuidados de larga duración de la OCDE (Gráfica 2). Es importante notar que los otros estudios prospectivos plantean distribuciones de la población por servicio diferentes, alcanzando igualmente costos similares a los presentados aquí. Por tanto, es razonable pensar que la provisión de servicios universales para la población en situación de dependencia en Uruguay implique un costo de la magnitud del estimado en la Tabla 5. Por otro lado, implicaría una cobertura máxima del 85% de la población en situación de dependencia. Se debe tener en cuenta que esta sería la estimación de máxima para la cobertura, dado que una persona podría acceder a más de una prestación (por ejemplo, cuidados domiciliarios y centro de día). Aunque no implique una cobertura del 100% se puede asumir que equivale a una prestación universal, dado que siempre habrá una proporción relevante de las personas en situación de dependencia que no hagan uso de los servicios por elección propia y de sus familiares/cuidadores, especialmente al considerar también a la dependencia leve y moderada.

Tabla 5. Distribución de beneficiarios por prestación y nivel de dependencia y costos. 2023

	Leve	Moderada	Severa
Cuidados Domiciliarios (80 hs mensuales)	5%	25%	50%
Centros de día	20%	25%	10%
Teleasistencia	50%	30%	0%
Establecimientos de Larga Estadía	0%	10%	30%
Beneficiarios	63314	74510	30830
Costo anual millones de dólares 2023	116	380	304

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025)

Como ya se mencionó anteriormente, el cambio demográfico que está en curso lleva a un incremento de la población mayor de 65 años y con ella el incremento de las personas en situación de dependencia, dada la fuerte relación entre la edad y la dependencia. La Tabla 6 presenta la evolución esperada de los beneficiarios y costos del sistema universal, manteniendo la distribución por servicios presentada en la Tabla 5 y asumiendo que la prevalencia de la dependencia por edad no se modifica. Se presenta un escenario demográfico en el que la variación de los costos solo se debe a las variaciones de la cantidad de personas en situación de dependencia, y un escenario de productividad en el que se incorpora también un incremento de los costos debido al incremento de los salarios por productividad. Dado que una proporción importante del costo de los servicios de cuidados es salarial, el incremento esperado de la productividad¹¹ implicará un incremento de los costos. Más aún, dado que los salarios actuales del sector se encuentran sumergidos, la mejora de la calidad de los servicios implica un incremento salarial superior al promedio. Para simplificar el ejercicio, se asume un aumento del 2% de los costos.

Tabla 6. Proyección de beneficiarios y costos. 2023-2070

	Beneficiarios	Costo (USD Anuales)	
		Escenario demográfico	Escenario productividad
2023	168654	800	800
2035	197579	937	1188
2050	247375	1173	2001
2070	301783	1432	3633

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025) y proyecciones de población.

Como era de esperar, la cantidad de beneficiarios casi se duplicaría en el período analizado y lo mismo sucede con los costos en el escenario demográfico. En el caso del escenario de aumento de la productividad, al incremento de los beneficiarios se le adiciona el incremento de los costos unitarios, por lo que el costo en 2070 sería 4.5 veces superior al del 2023.

¹¹ Siguiendo los supuestos de las proyecciones actuariales del BPS, la variación esperada de la productividad se refleja en un aumento de 2,4% de los salarios hasta 2040 y 2,1% a partir de ese año.

5.2 Dimensionamiento de las fuentes de financiamiento

A continuación, se dimensiona el peso que pueden tener las diferentes fuentes de financiamiento de cuidado de largo plazo en Uruguay en base a las experiencias internacionales revisadas. Se discute la aplicación de cada fuente en el país y se evalúa cuánto puede aportar cada herramienta a partir de diseños concretos.

Copagos. Los copagos son un componente relevante del financiamiento en todos los esquemas propuestos, también presentes en todas las experiencias evaluadas. Más aún, la mayoría de los servicios de cuidados de larga duración que existen actualmente en Uruguay cuentan con copagos, presentes tanto en Asistentes Personales como en Teleasistencia. En los dos casos, los copagos cuentan con subsidios que dependen del nivel de ingresos del hogar de la persona.

Su diseño debe asegurar que no se conviertan en una barrera de acceso, lo cual implica aplicar criterios de capacidad económica, incorporar topes razonables y establecer mecanismos explícitos de exoneración. Su función principal no es recaudar de manera significativa sino promover un uso adecuado de los servicios y contribuir a la sostenibilidad, especialmente en servicios de larga estancia donde los costos de alojamiento son relevantes. Los servicios de cuidado de larga duración, en particular los institucionales, tienen un componente importante de alimentación y vivienda, que no se considera parte del servicio de cuidado y, por tanto, es discutible si debe ser financiado por el sistema. Según la estructura de costos de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores¹² el 50% de los costos de un centro están asociados a alimentación y vivienda. Los copagos pueden cubrir esta parte del costo.

Adicionalmente, aportan a la justicia distributiva del sistema, dado que se pueden asociar a la capacidad económica de la persona o el hogar. Un desafío central para la implementación de esquemas de copago progresivo es la adecuada determinación de la capacidad de pago de las personas u hogares. Este problema se vuelve especialmente complejo en países como Uruguay con alta informalidad laboral, donde la información administrativa disponible no permite captar la totalidad de los ingresos familiares y, además, existen incentivos para sub-declararlos con el fin de acceder a mayores prestaciones por parte del Estado. En este contexto, puede resultar necesario incorporar mecanismos de verificación o aproximaciones alternativas de la capacidad contributiva, como las utilizadas en la evaluación socioeconómica para las Asignaciones Familiares. Si bien estas herramientas permiten mejorar la focalización y la equidad en el acceso, también implican costos administrativos relevantes. Por ello, se recomienda avanzar hacia sistemas unificados de evaluación socioeconómica, cuyas bases de información puedan ser utilizadas de manera transversal por distintos programas públicos, contribuyendo a aumentar la eficiencia y coherencia del conjunto de las políticas sociales.

La implementación de copagos progresivos se torna particularmente relevante en modelos de financiamiento ex ante, en un contexto en el que la esperanza de vida es muy dispar por niveles socioeconómicos (Lazo et al 2025, Torres 2025, Rodríguez 2025). Dada la relación entre la edad y la dependencia, es esperable que los grupos socioeconómicos con mayor esperanza de vida hagan un uso más intenso (mayor probabilidad de uso y por más tiempo) de los servicios de cuidado de larga duración. En los modelos de financiamiento en los que se aporta durante la vida activa para

¹² Proporcionada por Integra Residenciales.

financiar el cuidado ex ante, el modelo puede tener efectos regresivos dado que es potencialmente más utilizado por personas de nivel socioeconómico más alto. Los copagos pueden contribuir a mitigar este problema al establecer niveles de subsidio que sean decrecientes con el ingreso de la persona, o con el ingreso de su hogar.

De la revisión de los antecedentes internacionales surge que el peso de los copagos no supera el 15%, aunque la estructura de los mismos varía por país. Por lo tanto, se proponen dos estimaciones de los copagos en este dimensionamiento, basados en el 10 y 20% del costo total de la provisión del servicio. Esto no implica que necesariamente todos los beneficiarios paguen el 10 o 20% del costo, sino que el copago puede estar escalonado por el nivel socioeconómico de la persona o de su hogar. Sin embargo, las estimaciones suponen que el peso de los copagos en el costo total del sistema será de 10 o de 20% según la estimación. Siguiendo los costos totales estimados en la Tabla 6, la Tabla 7 presenta el monto total al que ascendería el financiamiento por copagos según los diferentes escenarios y horizontes temporales.

Tabla 7. Costo total y financiamiento por copagos. 2023-2070

	Costo Total (USD Anuales)		Copagos del 10%		Copagos del 20%	
	Escenario demográfico	Escenario productividad	Escenario demográfico	Escenario productividad	Escenario demográfico	Escenario productividad
2023	800	800	80	80	160	160
2035	937	1188	94	119	187	238
2050	1173	2001	117	200	235	400
2070	1432	3633	143	363	286	727

Fuente: Elaboración propia.

Impuestos. El financiamiento mediante rentas generales es indispensable para sostener el principio de universalidad. Este componente, presente en mayor o menor medida en todos los modelos analizados, garantizaría que todas las personas con dependencia, independientemente de sus trayectorias laborales o ingresos, puedan acceder a servicios de calidad.

Se debe tener en cuenta que el propio despliegue universal del sistema de cuidados tiene consecuencias en términos de crecimiento y empleo, y por tanto genera incrementos en la recaudación. En este sentido, Amábile et al. (2025) en base a un modelo de equilibrio general donde se simulan los efectos de la provisión de servicios universales de cuidado para primera infancia y personas mayores, estiman que el 20% del costo necesario para la implementación del sistema universal puede surgir del incremento de recaudación inducido por el propio sistema. Se requieren estimaciones adicionales exclusivamente basadas en servicios de dependencia para incorporar estos efectos de segunda vuelta en las estimaciones de financiamiento, pero sus resultados sugieren que las estimaciones de necesidades de financiamiento representan una cota máxima.

Para dimensionar el esfuerzo fiscal necesario, se presenta cuántos puntos de IVA deberían destinarse al sistema para su financiamiento completo por rentas generales¹³. Si no se consideran los copagos, el financiamiento del sistema universal por rentas generales requiere en la actualidad

¹³ Se toma la recaudación de IVA del 2023 según <https://www.gub.uy/direccion-general-impositiva/datos-y-estadisticas/estadisticas/informe-recaudacion-diciembre-2023>

de 2,4 puntos de IVA, mientras que se requieren 2,2 puntos con un peso de los copagos del 10% y de 1,9 con copagos del 20%. Para referencia, 7 puntos del IVA están actualmente afectados directamente al financiamiento de la Seguridad Social.

Contribuciones de trabajadores, empresarios y jubilados. Las contribuciones específicas de trabajadores, empleadores y jubilados permitirían generar una base de financiamiento estable y predecible al sistema. Sin embargo, pueden llevar a desincentivos al empleo formal en contextos de alta informalidad y con altas tasas de aportes sobre el empleo como el uruguayo.

La consideración de estas contribuciones para el financiamiento de los cuidados de largo plazo sigue las experiencias internacionales revisadas en la Sección 3. Esta propuesta implica necesariamente una adaptación de los modelos observados a nivel internacional que solo se han puesto en marcha en países desarrollados con mercados laborales donde prácticamente no existe la informalidad. El diseño de una propuesta para Uruguay debe partir del reconocimiento explícito de que la estructura laboral del país está marcada por niveles persistentes de informalidad y por trayectorias contributivas heterogéneas, lo que dificulta la traslación de los modelos revisados a nuestra realidad.

Al implementar un sistema basado en gran medida en contribuciones asociadas al mercado laboral, se debe determinar si el acceso a las prestaciones va a estar condicionado a estar realizando dichas contribuciones, o a haber realizado una cantidad mínima de contribuciones. En el caso de asociar las contribuciones al derecho se determinaría un sistema de “Seguro Puro” como el observado en Alemania, mientras que si el acceso a las prestaciones se separa de la contribución el modelo sería similar al observado en Corea, Japón y Luxemburgo, con los “Modelos Mixtos”. Adicionalmente, las prestaciones deben guardar relación con los beneficios esperados que se reciban.

Los modelos de financiamiento con formatos similares que están actualmente desarrollados en Uruguay tienen diferentes modalidades en este sentido. El seguro de desempleo, de enfermedad y de retiro asocian las prestaciones a haber realizado una cantidad mínima de aportes durante la vida, y las prestaciones están asociadas a los aportes realizados. En el caso del seguro de desempleo, el trabajador o trabajadora tienen que haber realizado aportes por al menos 12 meses para poder ser beneficiario de la prestación; este período es de 3 meses para el seguro de enfermedad; y el acceso a prestaciones de retiro contributivas (jubilación común) requieren de 30 años de aporte y 60 años de edad, aunque los años de aporte se reducen a medida que aumenta la edad. En el caso del seguro de salud, como ya se mencionó, no se requiere un período de aportes previos para ser beneficiario, accediendo a las prestaciones desde el momento en que se empieza a aportar. Tanto el seguro de salud como el de retiro tienen prestaciones no contributivas que aseguran la universalidad del acceso. En los dos casos no se requiere de aportes previos ni corrientes, pero las prestaciones a las que se accede son más limitadas que las que se ofrece en la modalidad contributiva. En el caso del seguro de retiro, la pensión a la que se accede es de menor valor; en el caso del seguro de salud, solo se puede optar por ASSE como prestador, aunque los servicios a los que se accede son los mismos que los que accede un usuario de Fonasa que elige ASSE como prestador. Tanto el aporte del seguro de salud como el asociado a la seguridad social, y que financia jubilaciones, pensiones, seguro de desempleo y seguro de enfermedad, tienen topes asociados al beneficio esperado.

Un sistema de “Seguro Puro” ofrece ventajas asociadas a la estabilidad financiera de mediano y largo plazo, al asociar actuarialmente las primas a las prestaciones esperadas y se espera que tenga

mayores apoyos entre los aportantes. Sin embargo, un sistema de estas características podría generar segmentación, exclusiones y profundización de las desigualdades existentes dado que determina que el acceso a las prestaciones se genera exclusivamente a través de la compra del seguro. En mercados laborales duales, como el uruguayo, esto implica que una porción relevante de la población no tiene acceso al derecho al cuidado de largo plazo dado que no trabaja o trabaja informalmente.

Esto tiene al menos dos agravantes. El primero es que las personas que no trabajan son principalmente mujeres (debido precisamente en muchos casos a las restricciones impuestas por el trabajo no remunerado de cuidados) y quienes lo hacen informalmente tienden a ser las personas de menores niveles socioeconómicos. De este modo se profundizarían las desigualdades existentes tanto de género como socioeconómicas, dejando por fuera a un conjunto importante de la población. Esto no es un problema relevante en los países desarrollados dado que la informalidad no es prevalente y las personas vulnerables en términos socioeconómicos están cubiertas por el sistema de protección social que incluye el pago de sus primas del seguro y se asume que las personas de niveles socioeconómicos más altos pueden pagar las primas por sí mismas aún si no están trabajando. El segundo es que una parte importante de la población no está de forma estanca en el mercado laboral formal o informal, sino que circula entre los dos sistemas, lo que genera que las personas tengan historias laborales formales intermitentes. De este modo, se debería determinar una cantidad mínima de “aportes” al seguro para generar el acceso, lo que lleva a que un conjunto potencialmente importante de la población no acceda al derecho al cuidado aun cuando realizó aportes al sistema. Nuevamente, estas personas tienden a ser las menos privilegiadas entre los trabajadores formales.

Obviamente, las reglas de ingreso determinarán la cantidad e identificación de quiénes tendrían acceso a los derechos. Por ejemplo, una alternativa es replicar la modalidad de acceso de Fonasa, otorgando el derecho a recibir prestaciones a todas las personas que se encuentran aportando al sistema. En este caso, la casi universal cobertura de las jubilaciones y las pensiones entre las personas mayores y la fuerte asociación entre dependencia y edad implicaría que prácticamente todas las personas mayores de 70 años estarían cubiertas. Si, por el contrario, se exige una densidad de contribuciones similar a la que implica el acceso a una jubilación contributiva, la cobertura sería de aproximadamente 70%, con importantes diferencias entre mujeres y varones y por nivel socioeconómico. Una evaluación más detallada escapa las posibilidades de este trabajo, dado que se requiere información de historias laborales para conocer la historia de contribuciones de cada una de las personas, junto con su probabilidad de dependencia. Sin embargo, los dos esquemas mencionados podrían operar como cota superior e inferior.

Un elemento central en esta modalidad de financiamiento es establecer la relación entre el aporte que realizan las personas y el beneficio esperado recibido, así como sucede con el aporte a Fonasa o a la Seguridad Social y se observa en Países Bajos y Alemania. La definición de estos toques de aporte sigue criterios técnicos (cuánto es el beneficio esperado), políticos (la definición de adicionales por “solidaridad”, como en el caso de Fonasa por ejemplo) y de sostenibilidad (cuánto se requiere para financiar el sistema con o sin aportes de otras fuentes).

Se podrían diseñar estrategias complementarias a un “Seguro Puro” para cubrir a poblaciones que están por fuera del mercado laboral formal o cuya densidad de aportes no les permite acceder al

derecho. Una primera estrategia sería que el Estado pague una prima base por las personas que están fuera del mercado laboral formal y en el sistema de protección social, por ejemplo, adultos en hogares que perciben AFAM. Mientras que esto podría resolver parte importante del problema, aún quedan por fuera sectores que no son siquiera cubiertos por AFAM y requieren igual de un aporte estable de Rentas Generales para financiar estas primas. Por otro lado, esta estrategia mantiene el desincentivo a la formalidad dado que las prestaciones de las personas aseguradas “por sí mismas” son iguales que las que acceden a través del aseguramiento de la asistencia social.

La segunda estrategia es la de generar prestaciones subsidiarias para quienes no acceden al seguro, pero tienen necesidades de cuidado. Las desventajas de este modelo son ampliamente conocidas para las políticas públicas en países en desarrollo. Se corre el riesgo de ofrecer servicios de peor calidad para personas de menores recursos, los costos esperados de los servicios tienden a ser mayores porque las personas que acceden tienen peores condiciones de base por sus historiales de privación. Por ejemplo, Aranco (2025) muestra que la prevalencia de la dependencia está asociada negativamente al nivel socioeconómico de las personas. Para evitar este problema, se pueden realizar restricciones en cuanto a la posibilidad de elección de los usuarios, pero no a las prestaciones que acceden cuando están dentro de un servicio, de modo similar a lo que se realiza en Fonasa. Por ejemplo, los usuarios “contributivos” podrían tener la posibilidad de elegir entre un conjunto de alternativas de cuidado que se les ofrece, con diferentes niveles de subsidio en función de la eficiencia de cada alternativa. Sin embargo, los usuarios “no contributivos” solo tienen una opción disponible, aquella más eficiente para su nivel de dependencia y condiciones sociohabitacionales, y no se les permite elegir prestador. Es relevante tener en cuenta nuevamente esta estrategia requiere también de un aporte estable de Rentas Generales para financiar estos servicios.

La implementación de un “Modelo Mixto” implica la separación de la contribución del derecho de acceder a las prestaciones de cuidado, como en el caso de Corea, Japón y Luxemburgo. De este modo, las personas que hayan realizado (o estén realizando) aportes al fondo de cuidados no se distinguen de aquellas que nunca realizaron contribuciones, o que lo hicieron de forma esporádica. Este tipo de “Fondos solidarios” para el financiamiento de los cuidados de larga duración, con aportes de Rentas Generales, aportes de trabajadores, empleadores y jubilados, y copagos, separando el derecho al acceso de la contribución, siguen las recomendaciones planteadas en ONU Mujeres (2022) y Scuro, Alemany y Coello (2022) para países de América Latina. El modelo mixto de financiamiento resuelve los problemas planteados para el modelo de seguro puro planteado más arriba, dado que asegura un acceso universal basado exclusivamente en las necesidades de cuidado. Sin embargo, genera incentivos negativos a la formalidad y un costo adicional para la generación de empleo. Además, al separar las contribuciones de los beneficios recibidos, se pierde la posibilidad de mantener el equilibrio actuarial del sistema, comprometiendo la capacidad de financiamiento autónomo en el largo plazo, y requiriendo aportes crecientes de rentas generales en el tiempo.

La Tabla 8 propone dos alternativas de tasas de contribución de trabajadores, empleadores y jubilados que tienen recaudaciones estimadas similares. En las dos estrategias se propone una tasa plana de aporte de los empleadores de 0,5%. En la primera opción se propone una tasa de 1,5% de las remuneraciones para todos los trabajadores formales y para jubilados. En la segunda estrategia, se propone una tasa que está asociada al riesgo de utilización, es decir a la dependencia

esperada, y es, por lo tanto, creciente con la edad. Se presenta la recaudación esperada en 2023 y las proyecciones hasta 2070 basadas en un escenario de modificación exclusiva de la demografía y en un escenario de aumento de salarios por productividad basado en las estimaciones actuariales de BPS (2,4% hasta 2040 y 2,1% luego de ese año).

Como se puede observar, el proceso de envejecimiento implicaría un incremento de la recaudación por contribuciones en 2035 que solo se mantiene en el tiempo en el caso de las tasas basadas en riesgo, ya que proponen tasas más altas para las personas mayores, cuyo peso relativo crece. También es importante notar el fuerte incremento de las contribuciones en el escenario que incorpora productividad, lo que permite contrarrestar, al menos en parte, el incremento de los costos de este escenario observados en la Tabla 7.

Tabla 8. Alternativas de tasas de contribución de Trabajadoras, Jubilados y Empleadores

	Opción 1: tasa plana	Opción 2: proxy riesgo
Trabajadores formales		
Hasta 40 años	1,5%	0,50%
40 años y más	1,5%	1,50%
Jubilados y pensionistas	1,5%	3%
Empleadores	0,50%	0,50%
Recaudación anual 2023 (millones de dólares)	565	565
% PIB 2023	0,72%	0,72%
Escenario demográfico. Recaudación anual (millones de dólares)		
2035	591	613
2050	573	649
2070	528	642
Escenario productividad. Recaudación anual (millones de dólares)		
2035	785	815
2050	1055	1195
2070	1475	1793

Fuente: Elaboración propia en base a ECH (2023) y proyecciones de población. Notas: El ingreso nominal se construye a partir del incremento de un 20% del ingreso laboral formal declarado en la ECH y sirve de base para la estimación de aportes de trabajadores formales y empleadores. Para el aporte de jubilados y pensionistas se toma como base el ingreso por jubilaciones y pensiones nacionales declarados en la ECH.

5.3 Estructura de financiamiento de los diferentes modelos propuestos

En esta sección se presentan los resultados de la estructura de financiamiento de los modelos propuestos y sus combinaciones. Las Tablas 9 y 10 presentan las estimaciones de la estructura de financiamiento para 2023, 2035, 2050 y 2070, con el peso que tendrían las rentas generales, los aportes de trabajadores, empleadores y jubilados, y los copagos en cada esquema mencionado. Se asume un peso constante de los copagos del 10%, y en el Anexo (Tabla A.2) se presenta la misma distribución con un peso del copago del 20%. Se presenta primero un escenario exclusivamente demográfico en el que tanto las contribuciones como los costos varían en el tiempo solo en base a las variaciones esperadas de la población por edad (Tabla 9) y luego un escenario en que se

incorpora también la variación esperada de la productividad reflejada en un aumento de 2,4% de los salarios hasta 2040 y 2,1% a partir de ese año, siguiendo los supuestos de las proyecciones actuariales del BPS y un aumento anual de los costos del 2% debido al aumento de los salarios (Tabla 10)¹⁴. Las diferencias entre el escenario puramente demográfico y el escenario que incorpora la variación de productividad son relativamente menores en términos de la distribución dado que aumentan tanto las contribuciones como el costo del sistema.

Las contribuciones surgen de las tasas presentadas en la Tabla 8 y el aporte de Rentas Generales se calcula de forma residual para los modelos mixtos, de forma de completar las necesidades de financiamiento. Para el modelo de Seguro Puro, se asume que las contribuciones y el aporte de copagos financian todo el costo de los asegurados. Dicho de otra manera, se asume que las reglas de ingreso se determinan para asegurar un sistema equilibrado, dejando a una proporción de personas sin atención dado que no cumplen con las reglas de ingreso. De todas maneras, se mantiene un aporte marginal del 3% de Rentas Generales.

Debido a la forma de estimación, la estructura del modelo de seguro puro no se modifica en el tiempo, pero sí cambia el costo total que se cubre. A medida que pasa el tiempo, el modelo logra cubrir una proporción cada vez menor del costo de un sistema universal, pasando del 80% aproximadamente en 2023 al 42% (tasa plana) o 52% (proxy de riesgo) en el 2070.

En el caso del modelo mixto, se observa que la estructura de financiamiento varía mucho en el tiempo debido al incremento de los costos del sistema debido al envejecimiento. El peso de Rentas Generales se incrementa en el tiempo, especialmente en el caso de tasas planas por el aumento de los costos. La propuesta de tasas asociadas al riesgo implica un incremento menor del peso de rentas generales porque se cobra más a los jubilados, cuyo peso también se incrementa. Resulta interesante notar que el escenario final en 2070 implica una distribución de financiamiento muy similar a la observada para los países de “Modelo Mixto” (Corea, Japón y Luxemburgo, ver Tabla 1).

¹⁴ Dado que los resultados del escenario demográfico y el de aumento de la productividad arrojan resultados muy similares, solo se presenta el escenario de productividad con un copago del 10%. Las estimaciones con copagos del 20% pueden solicitarse a las autoras.

Tabla 9. Estructura de financiamiento por modelo. Escenario demográfico. Copago 10%

	Seguro puro		Modelo Mixto	
	Tasa plana	Proxy de riesgo	Tasa plana	Proxy de riesgo
2023				
Contribuciones	87%	87%	71%	71%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	19%	19%
Costo total	649	649	800	
2035				
Contribuciones	87%	87%	63%	65%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	27%	25%
Costo total	679	705	937	
2050				
Contribuciones	87%	87%	49%	55%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	41%	35%
Costo total	659	746	1173	
2070				
Contribuciones	87%	87%	37%	45%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	53%	45%
Costo total	607	738	1432	

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025), ECH 2023 y proyecciones de población (INE).

Tabla 10. Costo de un sistema universal de cuidados de largo plazo y financiamiento. Escenario de productividad. Copago 10%

	Seguro puro		Modelo Mixto	
	Tasa plana	Proxy de riesgo	Tasa plana	Proxy de riesgo
2023				
Contribuciones	87%	87%	71%	71%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	19%	19%
Costo total	649	649	800	
2035				
Contribuciones	87%	87%	66%	69%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	24%	21%
Costo total	903	936	1188	
2050				
Contribuciones	87%	87%	53%	60%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	37%	30%
Costo total	1213	1374	2001	
2070				
Contribuciones	87%	87%	41%	49%
Copagos (10%)	10%	10%	10%	10%
Rentas generales	3%	3%	49%	41%
Costo total	1695	2061	3633	

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025), ECH 2023 y proyecciones de población (INE) y de productividad (BPS).

5.4. Estrategia de escalonamiento. Atención a la dependencia severa.

Por último, se propone una estrategia de escalonamiento del despliegue del sistema, comenzando exclusivamente con la atención de la población en situación de dependencia severa. Esto se justifica en que se comienza con la población que implica un riesgo más apremiante en términos de necesidades de cuidado, responsabilidad del Estado (dado que la falta de cuidado puede redundar en riesgo de vida), y mayores costos monetarios y de tiempo para las familias. Esto mismo puede llevar a mayor aceptación por parte de la población en general. Por otro lado, no plantea problemas de continuidad de la prestación de servicios. Sin embargo, puede implicar algunos riesgos, especialmente lo asociados a la estigmatización del sistema y su asociación con un tipo de prestación en particular (residencias de larga estadía) dado que son mucho más utilizadas para el cuidado de las personas en situación de dependencia severa. Además, la cobertura de esta población requeriría un incremento importante de la oferta de servicios de buena calidad que no están asegurados en este momento.

Se considera exclusivamente el costo de atención de la dependencia severa, y dos alternativas de diseño de las contribuciones que permitan este financiamiento. Por un lado, solo cobrar a los

jubilados, ya sea la opción de tasa plana de 1,5% o el 3% asociado al riesgo. Por otro lado, cobrar a todas las personas la mitad de la tasa propuesta. Los resultados se presentan en la Tabla 11 y muestran que la alternativa de media tasa permite el despliegue de servicios universales para la población dependiente severa sin costos adicionales para Rentas Generales. Sin embargo, cobrar solo a los jubilados y cubrir a la dependencia severa exclusivamente se asemeja a un sistema de seguro puro, con contribución de Rentas Generales, dado que la amplia mayoría de las personas dependientes severas son mayores de 70, donde las jubilaciones y pensiones son prácticamente universales.

Tabla 11. Costo de un sistema universal de cuidados para dependencia severa y financiamiento. 2023

	Opción 1: tasa plana		Opción 2: proxy riesgo	
	USD Anuales	%	USD Anuales	%
Alternativa 1. Solo jubilados				
Contribuciones solo jubilados	87	29%	174	57%
Copagos (10%)	30	10%	30	10%
Rentas generales (residual)	187	61%	100	33%
Costo total	304	100%	304	100%
Alternativa 2. Tasas/2				
Contribuciones	283	93%	283	93%
Copagos (10%)	30	10%	30	10%
Rentas generales (residual)	0	0%	0	0%
Costo total	304	103%	304	103%

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025) y ECH 2023.

6. Comentarios finales

El análisis presentado en este documento permite concluir que Uruguay enfrenta una encrucijada estratégica en materia de cuidados de largo plazo, definida por la confluencia de transformaciones demográficas aceleradas, cambios profundos en la estructura familiar y limitaciones persistentes en la oferta y financiamiento de servicios. La magnitud del desafío es inequívoca: la proporción de personas en situación de dependencia crecerá de modo sostenido en las próximas décadas, presionando sobre un sistema que hoy opera con recursos escasos, una oferta fragmentada y una cobertura muy por debajo de estándares internacionales. Esta dinámica demográfica se superpone con un mercado laboral heterogéneo, atravesado por niveles significativos de informalidad y trayectorias contributivas intermitentes, lo que dificulta la adopción de modelos basados exclusivamente en seguros contributivos. Por otro lado, también coexiste con una cobertura prácticamente universal de las jubilaciones y pensiones, aproximadamente el 90% de las personas de 65 años o más acceden a una pensión y/o jubilación. En consecuencia, la sostenibilidad del sistema de cuidados exige revisar los mecanismos actuales y avanzar hacia un esquema de financiamiento robusto, estable y coherente con los principios de universalidad, equidad y corresponsabilidad.

Por otra parte, la inversión en servicios de cuidados de larga duración no sólo resulta relevante como respuesta a una necesidad social urgente, sino que también se configura como un sector estratégico en una agenda de desarrollo. La consolidación de un sistema integral de cuidados representa una oportunidad para desarrollar un sector económico con demanda creciente, impulsada por las tendencias demográficas, y con un marcado carácter intensivo en mano de obra, lo que la posiciona como un motor relevante para la generación de empleo. Además, a diferencia de otros sectores que han venido recibiendo amplios incentivos fiscales (por ejemplo, la construcción) el sector de cuidados se caracteriza por su capacidad de generar oportunidades laborales para mujeres. En particular, tiene la posibilidad de generar empleo para mujeres jóvenes y de bajo nivel educativo, uno de los grupos con mayores problemas de empleo y elevada representación entre los hogares bajo la línea de la pobreza. Por tanto, una expansión del sistema con enfoque de género puede contribuir a formalizar el sector, mejorar las condiciones laborales y reducir brechas, con los beneficios que ello genera desde el punto de vista social. Asimismo, su expansión no solo genera empleo directo, sino que también permite liberar fuerza de trabajo actualmente destinada a tareas de cuidado no remuneradas, permitiéndoles a esas mujeres ingresar al mercado laboral, atenuando situaciones de sobrecarga y vulnerabilidad económica. Adicionalmente, las inversiones en este sector presentan importantes efectos multiplicadores sobre el resto de la economía, tanto a través de la generación de empleos indirectos como del dinamismo que genera en otras actividades vinculadas.

En este sentido, utilizando el Simulador de la OIT de inversiones en políticas de cuidados¹⁵, estimamos que un escenario de expansión de los cuidados de larga duración que garantice una cobertura de aproximadamente 20.000 personas en situación de dependencia severa con servicios de calidad (se asume un ratio de tres beneficiarios por cuidador y un 95% de los trabajadores de los centros destinados al cuidado personal), implicaría la creación de 18.500 empleos directos y casi 6.000 indirectos, la amplia mayoría de ellos ocupados por mujeres. Esto se traduce en un incremento de la tasa de empleo de las mujeres en casi 2 puntos porcentuales y la reducción de la diferencia entre el empleo de varones y mujeres en 1 punto porcentual. Estos resultados ponen de manifiesto que invertir en políticas de cuidado no solo es una condición necesaria para garantizar el derecho al cuidado y promover la corresponsabilidad social y de género, sino también una estrategia de desarrollo con impactos positivos en el crecimiento económico, el empleo y la reducción de desigualdades.

La evidencia para otros países, sugiere que el desarrollo de servicios de cuidados de largo plazo, no sólo contribuiría a la mejora de la calidad de vida de las personas adultas con dependencia, sino que también tendría efectos positivos sobre el sistema de salud, permitiendo reducir la probabilidad de hospitalización o los días de hospitalización en internaciones prolongadas (Aranco y otros, 2024; Costa-Font y otros, 2018) y generando reducciones en los gastos hospitalarios (Kim y otros, 2014).

La necesidad de la participación del Estado en el financiamiento de los cuidados de largo plazo, al menos de su organización, surge de la profunda incertidumbre que caracteriza este riesgo, dado

¹⁵ Herramienta diseñada por la OIT para el diálogo social tripartito e intergubernamental, que permite calcular la inversión pública necesaria para distintos ámbitos de políticas de cuidado, así como los efectos esperados en términos de empleo, ingresos y recaudación fiscal. La cobertura de esta herramienta fue actualizada a 23 países de la región en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

que no es posible anticipar si una persona requerirá cuidados, cuándo ocurrirá, por cuánto tiempo ni con qué intensidad. Cuando la dependencia se materializa, los costos asociados pueden imponer una carga económica muy elevada sobre los individuos y sus familias. A nivel internacional, el financiamiento público de los cuidados de larga duración se estructura en dos grandes modelos: el financiamiento ex post, basado en asignaciones presupuestales y gastos de bolsillo de los usuarios que se movilizan cuando la necesidad de cuidados ya se ha manifestado, y el financiamiento ex ante, que implica mecanismos contributivos o aseguramientos que acumulan recursos antes de que la dependencia ocurra. Uruguay se basa hasta ahora en un modelo ex post, con asignaciones de Rentas Generales y pago de los usuarios. La ausencia de un financiamiento específico y estable ha limitado la capacidad de expansión de las prestaciones destinadas a la atención de la dependencia, aún en contextos de expansión de la demanda.

Ante la necesidad de diseñar mecanismos de financiamiento sostenibles para una demanda creciente, se deben responder, al menos, cuatro preguntas. ¿Uruguay debe transitar hacia un modelo en el que las personas aporten durante su vida activa para acceder a prestaciones cuando sean dependientes? ¿Deben las contribuciones financiar un derecho universal o generar derechos asociados a la historia contributiva de cada persona? ¿Qué ocurre con quienes no pudieron contribuir? ¿Quién y cómo se financia la transición? A continuación se presentan algunos elementos relevantes para responder a cada una de ellas, a partir de lo analizado en el documento.

¿Uruguay debe transitar hacia un modelo en el que las personas aporten durante su vida activa para acceder a prestaciones cuando sean dependientes?

Dado que el financiamiento constituye un elemento central para la expansión de los servicios de cuidados de largo plazo, resulta pertinente evaluar la conveniencia de avanzar hacia esquemas que incorporen mecanismos contributivos. La experiencia internacional muestra que los países que lograron desarrollar sistemas amplios de cuidados de larga duración incorporaron algún componente de financiamiento ex ante, es decir, mecanismos que permiten acumular recursos antes de que aparezca la necesidad de cuidados. La lógica detrás de estos instrumentos es que la dependencia constituye un riesgo incierto, costoso y creciente, cuya cobertura resulta difícil de sostener exclusivamente mediante asignaciones presupuestales anuales. En Uruguay, el financiamiento de los cuidados de larga duración depende fundamentalmente de Rentas Generales y de pagos directos de los hogares, en un contexto donde la demanda de cuidados aumentará de forma sostenida durante las próximas décadas. Esto plantea la pregunta de si resulta conveniente continuar financiando esta política exclusivamente con recursos corrientes o si es necesario comenzar a construir mecanismos que permitan distribuir parte de estos costos a lo largo del ciclo de vida. Al mismo tiempo, avanzar hacia un esquema contributivo supone desafíos importantes en términos de informalidad laboral, costos sobre el empleo y sostenibilidad política, por lo que la discusión no refiere únicamente a cómo recaudar más recursos, sino también a cómo distribuir de manera justa la carga financiera del envejecimiento poblacional entre generaciones.

Un aspecto que merece especial atención refiere a los efectos que un esquema contributivo podría tener sobre el mercado laboral. Los sistemas de financiamiento ex ante suelen apoyarse en aportes realizados por trabajadores, empleadores o ambos, lo que permite generar una fuente de recursos más estable y menos dependiente de las restricciones presupuestales anuales. Sin embargo, estas

contribuciones también incrementan el costo asociado al empleo formal. En un país como Uruguay, donde las contribuciones a la seguridad social ya representan una carga significativa sobre los ingresos laborales y donde persisten niveles relevantes de informalidad, resulta legítimo preguntarse hasta qué punto es conveniente financiar la expansión de los cuidados mediante nuevos gravámenes sobre el trabajo. Más aún, dado que las necesidades de cuidados crecerán en las próximas décadas como consecuencia del envejecimiento poblacional, un esquema basado principalmente en contribuciones laborales podría terminar concentrando una parte importante de ese costo sobre una población ocupada relativamente cada vez más reducida. Esto plantea la necesidad de discutir si el financiamiento de los cuidados debe descansar fundamentalmente sobre el factor trabajo o si corresponde incorporar de forma más importante otras fuentes de financiamiento, como impuestos generales u otras formas de tributación.

¿Deben las contribuciones financiar un derecho universal o generar derechos asociados a la historia contributiva de cada persona?

En caso de avanzar hacia un esquema de financiamiento contributivo, una de las decisiones más relevantes refiere a la relación entre los aportes realizados y el acceso a las prestaciones. Una posibilidad es que las contribuciones funcionen principalmente como una fuente de financiamiento de un sistema con cobertura universal o cuasi universal, donde el acceso a los servicios dependa de la situación de dependencia y no de la historia contributiva de cada persona. Otra alternativa es que los aportes generen derechos específicos, estableciendo una relación más estrecha entre las contribuciones realizadas durante la vida activa y las prestaciones a las que se accede posteriormente. Básicamente, ¿deben las contribuciones financiar un derecho universal o generar derechos asociados a la historia contributiva de cada persona?

Ambas opciones presentan ventajas y desafíos. Un esquema basado en derechos universales permite proteger a personas con trayectorias laborales incompletas, intermitentes o informales, una característica particularmente relevante en economías como la uruguaya. También evita trasladar al sistema de cuidados desigualdades acumuladas en el mercado laboral, que afectan especialmente a mujeres, trabajadores informales y personas con menores ingresos. Sin embargo, cuanto más débil es la relación entre aportes y prestaciones, más difícil puede resultar justificar políticamente la creación de nuevas contribuciones obligatorias y más se aproxima el instrumento a la lógica de un impuesto específico destinado al financiamiento de los cuidados.

Por el contrario, un esquema donde las contribuciones generan derechos asociados a la historia contributiva puede fortalecer la legitimidad del sistema y la disposición a contribuir, al establecer una relación más visible entre aportes y beneficios. No obstante, esta alternativa plantea interrogantes respecto a la cobertura efectiva que alcanzaría el sistema y al riesgo de reproducir desigualdades derivadas de trayectorias laborales fragmentadas. En este contexto, la experiencia internacional muestra que la mayoría de los países no se ubica en ninguno de estos extremos, sino que combina elementos contributivos y solidarios, utilizando las contribuciones para financiar el sistema, pero incorporando mecanismos que garantizan el acceso a quienes presentan una capacidad contributiva limitada.

La discusión, por tanto, no se limita a una cuestión de financiamiento. Supone balancear la solidaridad horizontal (entre personas con distinto riesgo) con la solidaridad vertical (entre personas con distinta capacidad contributiva). La respuesta tiene implicancias directas sobre la

cobertura, la redistribución, los incentivos a contribuir y el tipo de contrato social que se busca construir para afrontar los desafíos del envejecimiento poblacional.

¿Qué ocurre con quienes no pudieron contribuir?

Cualquier esquema de financiamiento que incorpore aportes vinculados a la participación en el mercado de trabajo debe enfrentar una pregunta central: ¿cómo garantizar el acceso a los cuidados de larga duración de las personas que no lograron acumular contribuciones suficientes a lo largo de su vida? Esta situación puede afectar a grupos muy diversos, incluyendo personas con trayectorias laborales informales, trabajadores con aportes intermitentes, personas con discapacidad, mujeres que dedicaron parte importante de su vida al trabajo de cuidados no remunerado y personas con bajos niveles de ingresos o inserciones laborales precarias.

La relevancia de esta discusión es particularmente importante en Uruguay, donde persisten niveles significativos de informalidad y donde las trayectorias laborales están lejos de ser homogéneas. Más aún, las mismas razones que limitan la capacidad contributiva de muchas personas suelen estar asociadas a una mayor vulnerabilidad económica durante la vejez y, en algunos casos, a una mayor probabilidad de requerir apoyos y cuidados. En este sentido, vincular estrictamente el acceso a los servicios con la historia contributiva podría generar una tensión entre los objetivos de sostenibilidad financiera y los objetivos de protección social.

La experiencia internacional muestra que incluso los sistemas con un fuerte componente contributivo incorporan mecanismos de solidaridad destinados a proteger a quienes tienen menor capacidad de aporte. Estos mecanismos incluyen financiamiento complementario mediante impuestos generales, subsidios explícitos para determinados grupos, reconocimiento de períodos de cuidado no remunerado o acceso a prestaciones básicas independientemente de las contribuciones realizadas. La existencia de estos instrumentos refleja que el problema no consiste únicamente en cómo financiar el sistema, sino también en cómo distribuir la protección frente a trayectorias laborales desiguales.

Existe además una tensión particularmente relevante en el caso de los cuidados de larga duración. Las personas que no pudieron contribuir no necesariamente constituyen un grupo residual o excepcional dentro de la población potencialmente usuaria del sistema. Por el contrario, muchas de las personas que probablemente requerirán cuidados en el futuro presentan trayectorias laborales más débiles precisamente porque dedicaron una parte importante de su vida al trabajo de cuidados no remunerado. Esto es especialmente evidente entre las mujeres de las generaciones actualmente más envejecidas, que enfrentaron menores niveles de participación laboral y una distribución más desigual de las responsabilidades familiares. Desde esta perspectiva, un esquema que vincule de forma estricta el acceso a los cuidados con la historia contributiva podría generar una paradoja: quienes sostuvieron durante décadas una parte importante del sistema informal de cuidados podrían enfrentar mayores dificultades para acceder a prestaciones cuando ellas mismas necesitan apoyo. En el mismo sentido, si la cobertura es insuficiente o los copagos son demasiado elevados, es más probable que los hogares recurran a arreglos informales, donde son mayoritariamente las mujeres quienes asumen esas tareas, con efectos negativos sobre su participación laboral y autonomía económica.

En síntesis, una de las principales definiciones de diseño refiere al nivel de cobertura que debería garantizarse independientemente de la historia contributiva. ¿Debe existir un conjunto básico de prestaciones financiado solidariamente para toda persona en situación de dependencia? ¿Qué grado de diferencia entre contribuyentes y no contribuyentes resulta socialmente aceptable?

¿Quién y cómo se financia la transición?

Aun si existiera consenso respecto a la conveniencia de incorporar mecanismos contributivos para financiar los cuidados de larga duración, persiste una pregunta fundamental: cómo transitar desde el esquema actual hacia un nuevo modelo de financiamiento. La principal dificultad radica en que las necesidades de cuidado ya existen y continuarán creciendo durante las próximas décadas, mientras que los beneficios de un sistema basado en contribuciones se materializan gradualmente a medida que los recursos se acumulan. Esto implica que cualquier reforma deberá financiar simultáneamente las prestaciones de las personas que necesitan cuidados hoy y la construcción del sistema que atenderá las necesidades futuras.

En este contexto, una alternativa consiste en concebir la transición como un proceso gradual y escalonado. El escalonamiento puede adoptar distintas formas. Una posibilidad es comenzar con tasas de contribución reducidas que aumenten gradualmente a medida que el sistema madura. Otra es focalizar inicialmente la expansión en determinados niveles de dependencia o grupos etarios, incorporando progresivamente nuevas poblaciones objetivo. También podrían coexistir durante un período prolongado recursos provenientes de contribuciones específicas y financiamiento a través de Rentas Generales, reduciendo gradualmente el peso relativo de estas últimas. La experiencia internacional muestra que los sistemas de cuidados de larga duración suelen construirse a lo largo de décadas y mediante sucesivas reformas, más que a través de transformaciones instantáneas.

Esta discusión resulta particularmente relevante en Uruguay debido a la magnitud de la brecha existente entre el gasto actual y los recursos que requeriría un sistema con mayor cobertura. Más allá del diseño final que se adopte, la viabilidad de cualquier reforma dependerá no solo de definir quién financiará el sistema en el largo plazo, sino también de acordar cómo se distribuyen los costos de construcción del nuevo esquema entre generaciones, contribuyentes actuales y futuros usuarios de los servicios.

Por otro lado, debe precisarse la institucionalidad encargada de su recaudación. En este sentido, la evidencia internacional analizada muestra que estos aportes suelen instrumentarse en articulación con los sistemas de salud. Esta alternativa parece particularmente pertinente en el caso uruguayo, en la medida en que permitiría aprovechar la institucionalidad ya consolidada del Fonasa y las capacidades administrativas desarrolladas en ese ámbito.

Estos aspectos relativos al diseño e implementación de un fondo para financiar los cuidados de larga duración se verían fortalecidos por una mayor disponibilidad de evidencia en dimensiones clave. En primer lugar, resultaría fundamental contar con estimaciones empíricas para el país sobre los potenciales ahorros en el sistema de salud asociados a la expansión de estos servicios. Asimismo, sería relevante disponer de mediciones del gasto de los hogares destinado a cubrir necesidades de cuidado de personas adultas con dependencia, incluyendo a quienes residen en

hogares colectivos, así como de la disposición a contribuir a cambio de una cobertura asegurada. Por último, incorporar de manera sistemática la opinión pública respecto de las distintas alternativas de cobertura y financiamiento contribuiría a diseñar soluciones más informadas, sostenibles y socialmente legitimadas.

Finalmente, avanzar hacia un sistema universal de cuidados implica no solo asegurar su financiamiento, sino también fortalecer su gobernanza, su capacidad regulatoria y la coordinación interinstitucional. La creación de un Fondo Nacional de Cuidados debe acompañarse de un proceso sostenido de mejora en los mecanismos de evaluación de dependencia, de regulación y fiscalización de prestadores, y de integración con las políticas de salud, protección social y empleo. Solo mediante una estrategia integral será posible responder a las necesidades presentes y futuras de la población, reducir desigualdades estructurales y consolidar al cuidado como un derecho pleno y exigible en el Uruguay del siglo XXI.

Referencias

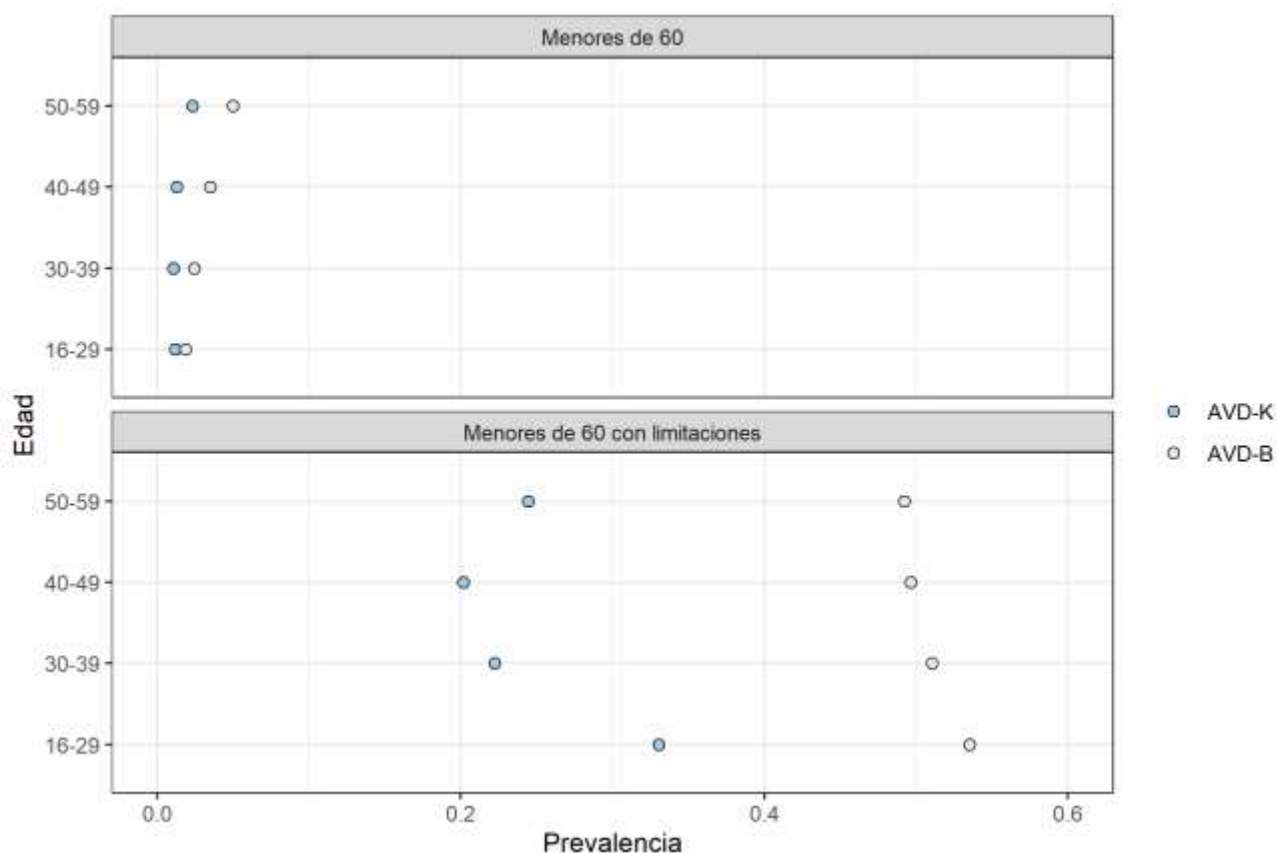
- Amábile, Estrades, Pardo y Pérez (2025). "Expandiendo el SNIC: impactos sobre brechas de género, crecimiento y bienestar", Presentación para el Diálogo social, Montevideo, Uruguay, 12 de noviembre 2025.
- Amarante, V., Barro, P., & Colacce, M. (2024). Patrones de uso del tiempo de varones y mujeres en Uruguay. 2007-2022. Serie Documentos de Trabajo, DT 11/2024. Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República, Uruguay.
- Ameriks, J. et al. (2020), Long-Term-Care Utility and Late-in-Life Saving, *Journal of Political Economy*.
- Aranco, N (2025). "La demanda de cuidados en Uruguay", Presentación para el Diálogo social, Montevideo, Uruguay, 4 de noviembre 2025.
- Aranco, N., & Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Nota técnica del BID N° 1615.
- Aranco, N., Ibararán, P., & Stampini, M. (2022). Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries.
- Aranco, N., Bauhoff, S., Schwarz, N., y Stampini, M. (2024) ¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo?: Evidencia de Brasil y México. Documento de trabajo del BID; 1632.
- Batthyány, K. (2015). Los tiempos del cuidado en Uruguay. Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Montevideo: Doble Clic Editoras.
- Batthyány, Perrotta, & Scavino (2025). Representaciones sociales del cuidado en Uruguay: ¿mandatos de género en transformación?. Udelar y ONU Mujeres.
- Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3), 26–39.
- Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87–95.
- Caruso, M.; Galiani, S.; Ibararán, P. (2019) Long-term care in Latin America? Theory and policy considerations. *Economía, Journal of the Latin American and Caribbean Economic Association*, Volumen 20, 2019, páginas 1-32.
- CEPAL. (2021). La pandemia del COVID-19 y los cuidados: desafíos y oportunidades para América Latina y el Caribe.
- Colacce, M., Córdoba, J., Marroig, A., & Sánchez, G. (2021). Medición de la dependencia en Uruguay. Serie Documentos de Trabajo, DT 02/2021.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjaden, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Publishing.

- Costa-Font, J., & Nillesch, N. (2022). *Financing Long-Term Care: Economics, Equity, and Efficiency*. Oxford University Press.
- Costa-Font, J., Courbage, C., & Wiener, J. (2015). Long-term care insurance: Lessons from international experience. *Journal of Economic Surveys*, 29(5), 882–933.
- Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., & Vilaplana, C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? *Journal of health economics*, 58, 43-66.
- Cremer, H., P. Pestieau and G. Ponthiere (2012), *The economics of long-term care: A survey*, Nordic Economic Policy Review.
- European Commission (2023). Mutual learning workshop on adequate social protection in long-term care. Social Welfare Policy and Research.
- Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., & Ibararán, P. (2022). Opciones de Financiamiento de los Servicios de Atención a la Dependencia en América Latina y el Caribe. Nota técnica del BID 2473.
- Fleitas, S. (2020). Financiamiento de Servicios de Cuidado de Larga Duración. Informe de consultoría. Secretaría Nacional de Cuidados, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el Préstamo BID 3706 OC-UR - “Programa de Apoyo al Sistema Nacional Integrado de Cuidados”.
- INE (2025). Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay y sus departamentos 2012–2070.
- INMayores (2023). Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores. Informe Estadístico.
- Jensen, G. A., & Theisen Cramer, A. (2006). Why don’t people buy long-term-care insurance? *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(4), 185–193.
- Junta Nacional de Cuidados (2025). Plan Nacional de Cuidados 2026-2030.
- Kim, Hyuncheol Bryant, Lim, Wilfredo (2014). Long-Term Care Insurance, Informal Care, and Medical Expenditures, *Journal of Public Economics*.
- Lazo, M., Camerosano, N., Fernández, A. (2025). Esperanza de vida por decil de ingresos. Presentación para el Diálogo social, Montevideo, Uruguay, 16 de octubre 2025
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). Aproximación a la población dependiente mediante encuestas.
- Naciones Unidas. (2024). Transformar los sistemas de cuidados en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de Nuestra Agenda Común. Documento de política del sistema de las Naciones Unidas.
- OECD (2024), *Is Care Affordable for Older People?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

- OECD (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OMS (2022) Un sistema de cuentas de salud 2011: edición revisada [A system of health accounts 2011: revised edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
- ONU Mujeres. (2022). Opciones para el financiamiento de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe.
- Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health policy*, 119(10), 1319-1329.
- Rodriguez, L. (2025) “Diferencias en la esperanza de vida según prestador de salud. Uruguay 2023”, presentación para el Diálogo social, Montevideo, Uruguay, 16 de octubre 2025.
- Rodríguez-Modroño, P., & López, M. M. (2018). Tendencias a largo plazo en la financiación de los cuidados a la infancia ya la población dependiente en Europa. *Revista de servicios sociales*, (65), 29-40.
- Scuro, L. C. Alemany y R. Coello Cremades (coords.), (2022) El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/TS.2022/134), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- Sistema de Cuidados (2025). Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Informe Quinquenal. 2020-2024.
- Torres, C. (2025) “Estimación de la esperanza de vida diferenciada por nivel socioeconómico para Uruguay”, presentación para el Diálogo social, Montevideo, Uruguay, 16 de octubre 2025.
- Villalobos, P. (2025) Análisis de la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay).
- Webb, A. (2001), *The impact of the cost of long-term care on the saving of the elderly*, <https://users.nber.org/~confer/2001/si2001/webb.pdf>.
- Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-term care system in Japan. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 174.

Anexo

Gráfica A. 1 Prevalencia de dependencia por tramo de edad según 2 indicadores. Personas de 16 a 59 años.



Fuente: Colacce et al (2021) en base a ELPS 2015. Notas: AVD-K: indicador de dependencia construido con AVD de Katz, asimilable a dependencia severa; AVD-B: indicador de dependencia construido con AVD del baremo, asimilable a dependencia.

Tabla A.1 Pago de primas de personas mayores de 65 años. Japón

Nivel	Personas elegibles	Prima	Porcentaje estimado de personas elegibles
1	Beneficiarios de asistencia pública; hogares exentos de impuestos municipales y beneficiarios de pensión de bienestar para personas mayores	Monto básico x 0.5	Aprox. 2%
2	Hogares exentos de impuestos municipales	Monto básico x 0.75	Aprox. 29%
3	Personas exentas de impuestos municipales	Monto básico x 1	Aprox. 43%
4	Contribuyentes del impuesto municipal (el ingreso total del asegurado es menor a 2.500.000 yenes)	Monto básico x 1.25	Aprox. 16%
5	Contribuyentes del impuesto municipal (el ingreso total del asegurado es menor a 2.500.000 yenes o más)	Monto básico x 1.5	Aprox. 10%

Fuente: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, Japón. <https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/>

Tabla A.2. Estructura de financiamiento por modelo. Escenario demográfico.

	Seguro puro		Modelo Mixto	
	Tasa plana	Proxy de riesgo	Tasa plana	Proxy de riesgo
2023				
Contribuciones	77%	77%	71%	71%
Copagos (20%)	20%	20%	20%	20%
Rentas generales	3%	3%	9%	9%
Costo total	734	734	800	
2035				
Contribuciones	77%	77%	63%	65%
Copagos (20%)	20%	20%	20%	20%
Rentas generales	3%	3%	17%	15%
Costo total	768	796	937	
2050				
Contribuciones	77%	77%	49%	55%
Copagos (20%)	20%	20%	20%	20%
Rentas generales	3%	3%	31%	25%
Costo total	744	843	1173	
2070				
Contribuciones	77%	77%	37%	45%
Copagos (20%)	20%	20%	20%	20%
Rentas generales	3%	3%	43%	35%
Costo total	686	834	1432	

Fuente: Elaboración propia en base a Villalobos (2025), ECH 2023 y proyecciones de población (INE).