



12

Daniel Olesker

Ministro de desarrollo social de Uruguay

“Hay que romper paradigmas”

Graduado en Economía por la Universidad de la República, de la que es docente, realizó un Master en Ciencias Económicas en la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica, Daniel Olesker es ministro de Desarrollo Social, antes lo fue de Salud Pública, ministerio desde el que impulsó una profunda reforma de la salud. Activista social, tiene una larga trayectoria en el movimiento sindicalista, expreso político, miembro del Partido Socialista incluido en el Frente Amplio, ocupa uno de los ministerios más emblemáticos del gobierno del Frente Amplio que preside José Mujica. Tiene el verbo fluido y convincente de quien está seguro de lo que expresa, para ello se apoya en constantes ejemplos. Después de su intervención en el acto de apertura de la XI Conferencia mantuvimos con Daniel Olesker esta entrevista sobre situación de las políticas sociales en la república Oriental de Uruguay.

Texto | Javier Vázquez-Prada G./José Carlos Fernández A. Fotos | Inés Filgueiras/MIDES



El ministro de Desarrollo Social durante la entrevista.

¿Cómo afronta Uruguay la situación creada debido al aumento de la esperanza de vida, del crecimiento demográfico?

Uruguay es un país que tiene una altísima esperanza de vida, fijada en 76 años en los varones y entre 78 y 79 años las mujeres, a la vez tiene una muy baja tasa de natalidad, está un poquito por encima de lo que se llama tasa de reposición, no vamos a ser menos pero tampoco vamos a ser más, por lo tanto, este es un problema que tiene múltiples facetas y una de estas facetas es el Plan de Envejecimiento y vejez que hemos desarrollado. Decía en el acto de apertura de la Conferencia de RIICOTEC que hemos intentado romper dos paradigmas que en las políticas tanto de discapacidad como de adultos mayores se venían desarrollando, el paradigma pensional y el paradigma sanitario. Este es un problema que había que resolver con un buen sistema de salud, con asistencia sanitaria al adulto mayor, una jubilación con pensión. Recordemos que en Uruguay más del 95% de los mayores de 65 años tiene acceso a una jubilación o pensión, ya sea contributiva o no contributiva, o sea, el grado de cobertura es muy alto, pero habíamos dejado de lado todo el otro descontento social en el que se desarrollaba el problema grave como la violencia hacia los adultos mayores, además habíamos olvidado otros problemas como la recreación, el ocio, el turismo social, cosas que hacen que las personas sigan desarrollando una vida activa más allá de su vida laboral. Entonces, desde la creación del Ministerio de Desarrollo Social, el MIDES, en 2005 y en particular, con la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor-INMAYORES en 2008, se comienza una política más integral destinada al adulto mayor que no solo contemple lo sanitario y pensional, eso significó que por un lado, los hogares de larga estadía en los que las personas mayores van a vivir que tenían

solamente una tutela sanitaria, pasan del Ministerio de Salud al MIDES y por lo tanto, la regulación ya no era sólo que debía tener una buena dirección técnica porque las cuestiones de salud son muy importantes en ese momento de la vida, tal es así que la reforma sanitaria incluye un pago extraordinario a las mutuales que realizan la función sanitaria para las personas mayores de 50, otra mayor para los mayores de 65 y otra aún mayor para los mayores de 75, o sea, que el concepto sanitario lo miramos, lo entendemos y lo fortalecemos desde el punto de vista del gasto público o social y en particular del gasto del sistema de salud. Con la creación del INMAYORES empieza a preocuparse de otros temas como la recreación, del tema de la vivienda pues la previsión social, además de las pensiones se dedicaba a crear viviendas, pero no consideraba los aspectos sociales de la vivienda como la autonomía personal de esas personas mayores, todo eso es lo que intentamos abarcar desde INMAYORES con una mirada integral de lo pensional y de lo sanitario, lo que pretendemos realizar con una visión integral de programas de salud y de programas atencionales.

¿Cómo plantean la relación del gasto público con la atención sociosanitaria?

Con la reforma sanitaria que hicimos el gasto público en salud aumentó muchísimo, en particular el gasto público social y en salud para mayores de 65 años. Esto fue hecho a propósito, ahora a las mutuales ya no les pagamos una cuota como se pagaba antes, ahora les pagamos una cantidad establecida en una escala que es como una 'u' en la que los menores de un año y los mayores de 65 años tienen los mayores precios, aunque no pueden considerarse como tales pues lo paga la seguridad social. Por qué una probabilidad de riesgo sanitario mayor, porque entre 2004 y 2013 el gasto sanitario se duplicó, pero no sólo por esta razón, también entraron los gastos



Daniel Olesker, ministro de Desarrollo Social de Uruguay

“
Creo que hay que ir buscando mecanismos que dependiendo del tipo de dependencia, leve o severa, se actúe de una manera esporádica en las leves, y permanente en las severas”

“
La cooperación técnica debe seguir transfiriendo conocimientos entre los países sin condicionamientos, tratando de aportar las mejores experiencia de cada país”

14 en hospitales, con ellos entró la sanidad militar y policial, también hubo un incremento del sistema público de salud que estaba colapsado, pero gran parte del crecimiento está vinculado al fenómeno del fortalecimiento del sistema, esto se ha hecho sin grandes traumas deficitarios, sin efectos deficitarios porque la economía ha crecido por encima del producto. En el fondo es una elección política, entendemos que a largo plazo habrá nuevas alternativas de este lanzamiento, pero lo vemos como una oportunidad no como un problema.

Ante este aumento del gasto social, ¿cómo reacciona la sociedad?

No se percibe como algo conflictivo, más aún, a las asociaciones de adultos mayores les pasa lo contrario, perciben que el estado gasta mucho en niñez y adolescencia y poco en el adulto mayor, cosa un poco rara. Piense que Uruguay tiene un sistema que se llama Plan Nacional de Recursos que atiende a prestaciones catastróficas, como diálisis, marcapasos, etc. que está en el Sistema de Salud aunque su financiamiento va por separado. Cuando dejé el Ministerio de Salud y me vine al MIDES el 90% del gasto estaba destinado a personas de 50 años y más. Esto la sociedad lo percibe bien, lo que si critican es la plata que se da a los pobres sin trabajo, pero no critican que se gaste mucho en pensiones y jubilaciones, por esto no hay conflicto social. No sé qué pasará cuando vaya aumentando, pero en la medida que se haga creíble como el trabajo que nosotros presentamos, que también se va incrementando el gasto en niñez, adolescencia y juventud, no lo percibimos como un problema.

Uno de los temas centrales de la Conferencia es la dependencia, esto antes era un cuestión exclusiva de las personas con discapacidad, pero ahora al vivir más años aparece el bi-

nomio vejez-discapacidad, ¿cómo se enfrentan a esta nueva situación?

Es un problema muy importante. Hace poco se presentó un trabajo sobre una encuesta de dependencia para personas con discapacidad y el 95% de los cuidados los realizaban familiares, de ese 95% el 90% eran mujeres, de ellas el 70% solo se dedicaban al cuidado del familiar, sin realizar ninguna otra actividad remunerada. Esta realidad no va a cambiar de un día para otro, pero de alguna manera veremos el sistema de la previsión social pague a una asistente personal liberando una parte de este problema, vamos a pagar 20 horas semanales a un asistente personal para dos mil personas para una población de personas con discapacidad que puede oscilar alrededor de cuatro mil.

En el caso del adulto mayor creo que los temas de autonomía deberían enfocarse más por las funciones colectivas, como los hogares de larga estadía, más que por que por el asistente personal. Aunque también hay pequeñas medidas como la teleasistencia, en Uruguay hay compañías que prestan este servicio y lo cobran. En el Ministerio hemos hecho una experiencia piloto con INMAYORES.

Creo que hay que ir buscando mecanismos que dependiendo del tipo de dependencia, leve o severa, se actúe de una manera esporádica en las dependencias leves y de una manera permanente en la severa.

¿En qué situación se encuentra en Uruguay la accesibilidad?

En la ley de discapacidad tenemos reglamentados algunos temas como la autonomía personal, pero en cuanto a la accesibilidad tenemos problemas con el sistema de transporte para reglamentarlo. En cuanto a la reserva de cargos públicos para personas con discapacidad establecida en el 4% estamos en el 2.1, esto quiere decir que algunos

ministerios están por debajo de lo que de alguna manera obliga la ley, si bien esta ley es muy reciente. Hay cosas que requieren una visión más jerárquica, pero en algunas cosas estamos lejos de la transversalidad.

¿Hay un programa de turismo social?

El turismo social depende del Ministerio de Turismo y Deporte y tiene varias décadas de existencia. Arrancó con el programa de adultos mayores, pero ahora tienen además otros programas como el de quinceañeras sin recursos, el del servicio doméstico que se hace a través del Sindicato Único de Trabajadoras del Servicio Doméstico que existe en Uruguay. El Ministerio de Turismo y Deporte tiene un programa para que las personas que tienen dos años desocupados puedan trabajar ocho meses en obra pública y en ese interín, además del trabajo por el que se les remunera se les hace una capacitación y en ese tiempo pueden realizar una salida.

En su intervención en la apertura de la Conferencia habló del avance del individualismo por lo que hay que convertir los temas sociales en temas de derecho, ¿eso es un concepto para Uruguay?

Es un gran reto para Uruguay porque sobre todo la tradición en los años noventa fue tratar de que las salidas fueran siempre individuales o mercantiles, es decir, financiadas por los bolsillos de las personas, y no colectivas. Por lo que el objetivo es que sean colectivas y que sea la previsión social quien las financie es un gran reto; yo decía en una intervención al crear el sistema, ojo con asimilar estas dos cosas porque a ver si al compensar socialmente van a tener un nivel de aceptación similar. El fondo de salud tiene una aceptación universal porque es universal en su prestación y llega a todos, en cambio el sistema de cuidados es universal en su ingenio pero en algún momento de la vida te toca, digamos, pero vas



Daniel Olesker durante la entrevista.

a determinar la población a la que llega. Pero pasan cosas interesantes, cuando creamos el Sistema de salud teníamos que hacerlo en etapas, decidimos que la primera etapa era darle financiamiento a los hijos de los trabajadores que ya tenían seguridad social, ya tenían mutual y seguridad pero se extendía con un aporte adicional a la familia, tanto si tenía como si no, la diferencia era que un 6% sí tenían hijos y un 1,5% no tenían, es decir, si tenía hijos aportabas un 6% y si no tenías hijos aportabas un 1,5%, hubo una gran aceptación, esta aceptación creo que se debe a que nos dimos cuenta de que el ingreso de los niños iba a ser una cosa socialmente aceptada. Entonces, creo que es una estación muy grande y hay que lograr hacer comprender que el cuidado es una cosa social y no familiar.

Fíjate qué interesante, en la encuesta de discapacidad que hicimos el 40% de las personas encuestadas decían que no querían tener una asistente personal interna en casos de dependencia severa, aunque igual

que si un día lo necesitan y haya que financiarlo cambian de opinión, pero digamos que preferían seguir con ese cuidado familiar, esa persona está esclavizada, entonces, es un gran desafío.

¿Considera útil para Uruguay la cooperación técnica, qué puede aportar Uruguay a la cooperación técnica y qué puede aportar ésta a Uruguay?

La cooperación técnica es un tema muy importante, quizás muy mal enfocado durante mucho tiempo, en los años 90 más que como cooperación se plateaba como recomendaciones y a veces como imposición. Desde que llegamos al gobierno hemos aprovechado mucho la cooperación técnica, entre otros y en concreto, la encuesta de dependencia se realizó con el apoyo del IMSERSO a través de RIICOTEC. Como decía la directora del Programa de Discapacidad, M^a José Bagnato, en la apertura, la Ley de Dependencia española ha sido una inspiración para nosotros en muchas cosas. Creo que la cooperación en este sentido es muy importante sobre todo para mostrarte qué cosas se pueden hacer y cuales no se pueden hacer. Nosotros hemos logrado un sistema de información muy bueno, hemos logrado referenciar nuestra población de manera real, sabemos que es sencillo, que es un país chico, sin accidentes geográficos, que en poco tiempo visitamos 130.000 hogares en situación de vulnerabilidad económica, en poco tiempo visitamos esos hogares para focalizar las herramientas, a la vez, tenemos una muy buena información sobre adultos mayores porque la base de datos de INMAYORES es muy buena. Por ello creo que el mayor aporte que podemos hacer es explicar cómo trabajar los indicadores, creo que el baremo de dependencia, el índice de carencias críticas con el trabajamos para hacer las transferencias monetarias es un indicador muy estimado, las herramientas para dictaminar la población por objetivos son muy importantes.

Creo que la población legítima que te estás orientando bien, que las herramientas que utilizas son las adecuadas. Al Instituto de Estadísticas no lo cuestiona nadie, ni nosotros cuando estábamos en el movimiento sindical lo cuestionábamos, ni ahora los partidos de la oposición lo cuestionan porque saben que tiene una independencia técnica muy sólida.

Creo que la cooperación técnica debe seguir transfiriendo conocimientos entre los países, sin condicionamientos, tratando de aportar las mejores experiencias de cada país.

Con la mirada común puesta las políticas públicas para las personas con discapacidad y en los adultos mayores, ¿cree conveniente impulsar programa de cooperación con otros países?

La cooperación entre los países de América Latina es posible porque hay una mirada común, creo que hay una visión social estatal y no mercantil de la discapacidad, de la dependencia, de los adultos mayores, de reducción de la pobreza. Tenemos vínculos muy estrechos con Ecuador y en el Mercosur con Argentina y con Brasil. Argentina tiene adelantos institucionales notorios que tenemos el Instituto del Adulto Mayor muy nuevo todavía, por su parte el Programa de Discapacidad es un programa aún, aunque aspiramos a transformarlo en instituto, pero lo real es que es un programa en el seno del Ministerio.

Creo que institucionalmente hay que seguir pensando cómo jerarquizar estos organismos porque finalmente las políticas que afectan a adultos mayores o a personas con discapacidad, no sólo están en las políticas directas que ejercen los organismos públicos, son políticas transversales, por lo que debemos jerarquizar esas políticas.

