

DANIEL OLESKER: “LAS CONDICIONES INSTITUCIONALES SON CLAVE PARA EL ÉXITO DE UNA REFORMA EN SALUD”

El ex ministro de Desarrollo Social de Uruguay disertó en ISALUD sobre los aspectos financieros de la reforma en salud en su país, sus desafíos y el gran consenso que logró en la sociedad y entre las distintas fuerzas políticas.

“Ya no es el perro el que mueve la cola, sino la cola la que mueve al perro”, decía el ex presidente uruguayo José Pepe Mujica en un reportaje concedido al diario El País de España, haciendo alusión al descuido que tuvieron los países de subordinar la economía productiva al engranaje financiero. Daniel Olesker lo conoce muy bien al hombre que a nadie sorprendía si se paseaba por las calles de Montevideo en su Fusquita, un Volkswagen Escarabajo, o alteraba la agenda en una reunión de consejos de ministros para comentarles algo que lo conmoviera la noche anterior.

“Así como se lo imagina la gente, así es el Pepe”, señaló quien fuera su ministro de Desarrollo Social en el último gobierno uruguayo, y participó de la II Escuela de Verano de Salud Pública organizada por ISALUD, en la que disertó sobre “Los aspectos financieros de la reforma de salud en el Uruguay”. Olesker terminó su carrera de economía en Bélgica –la dictadura militar en su país no le permitió continuar estudiando– y regresó con una maestría en 1985. Fue convocado en 2005 por María Julia Muñoz para iniciar el proceso de

reforma de la salud, labor que le fue reconocida con su designación, en 2012, al frente del área de Desarrollo Social, cargo que ocupó hasta el 2015.

–¿Cuáles fueron las condiciones que hicieron posible el proceso de reforma?

–Desde un principio se pensó en un ingreso gradual, primero lo hicieron todos los trabajadores y sus hijos, es decir un millón de personas, luego se sumaron las esposas de los trabajadores, siguieron los profesionales y cuentapropistas, y por último lo hicieron los jubilados en 2012. Se planificó un ingreso en tandas y que va a concluir en 2016. Esta gradualidad estuvo asociada al financiamiento que se hace con los aportes de las personas pero como resulta insuficiente también se consideró un aporte importante de rentas generales, el fisco, que representa un 15% del total del financiamiento y cuando llegue a los jubilados va a ser de un 20%. Es una medida de igualdad y equidad muy importante.

–¿Qué importancia tuvo la economía política de la reforma?

–Este proceso tuvo un estudio técnico en el que hasta participaron profesionales de la AES de Argentina y de la Cepal, porque la cápita que uno paga es una probabilidad de riesgo, y por lo tanto si uno se equivoca en ese diagnóstico puede desfinanciar el sistema. El cambio que se hizo tuvo mucho sostén técnico y requería de un apoyo po-



lítico. En ese momento fue clave la mayoría parlamentaria que el Frente Amplio tuvo en los dos gobiernos, pero en el primero cuando la reforma de la ley de salud fue al Parlamento, había una mayoría sólida y la oposición no votó la reforma, estuvo en contra. Pero en la campaña electoral última tanto el Partido Nacional como el Colorado ya no hablaban de derogarla sino de mejorarla. Se dieron cuenta que fue una reforma muy querida por la gente. El 76% de los usuarios consultados en las encuestas se mostraron satisfechos.

¿Qué criterios se emplearon para iniciar las reformas sociales?

–Se hicieron cambios que abarcaban no solo el marco sanitario sino también una reforma tributaria que incluyó el impuesto a la renta de las personas físicas (Uruguay no tenía impuesto a las rentas personales), y una reforma educativa y laboral (la introducción de los consejos del salario). Se restableció el papel del Estado en la política social, apoyada en que el acceso no tenga precio, no se pague de manera directa sino a través de un fondo donde se aporte según los ingresos, se reciba de acuerdo a las necesidades y el incremento presupuestal para todas las políticas sociales.

–Se empezó a ordenar el sistema.

–Cuando la reforma pasa a una etapa de mayor control de cumplimiento sobre los prestadores,

Transformación estructural, financiamiento sustentable e institucionalidad son los ejes de la reforma en salud implementada en Uruguay.

empiezan los conflictos típicos, pero creamos las condiciones de institucionalidad que fue importante para el éxito de una reforma y la pregunta que nos hicimos entonces fue ¿quién va a dirigir esta reforma? Obviamente en los aspectos sanitarios no había duda de que sería el Ministerio de Salud Pública, como lo establece la ley, pero ¿quién iba a dirigir la parte política de la reforma, la administración financiera? En Uruguay no había experiencias de superintendencias como hay aquí, tampoco era bien vista y se decidió crear una Junta Nacional de Salud.

–¿Y cómo funciona dicha Junta?

–La idea era que el Poder Ejecutivo tuviera mayoría, 4 miembros, 2 del ministerio de Salud Pública, pero que también estuviera representada el área de Previsión Social y el Ministerio de Economía y Finanzas, que es quien toma las decisiones de completar los recursos cuando éstos no son suficientes. Más tres miembros que estén en la sociedad y dentro de la Junta. Uruguay tiene una Central Única de Trabajadores y ellos designaron a un trabajador de la salud, y otra a los prestadores de salud y ahí también las mutuales de Uruguay tienen una organización relativamente homogénea, fue más difícil en el movimiento de usuarios del sistema de salud porque no teníamos antecedentes en este aspecto. Uruguay es un país extremadamente sindicalizado y llamamos a las organizaciones de usuarios que eran

pequeñas y les propusimos ingresar, crecieron, pudieron sentirse en un lugar de dirección y pertenencia y así fueron organizando a sus usuarios. Esa institucionalidad fue muy importante. Entonces transformación estructural, financiamiento sustentable e institucionalidad son los ejes de esta reforma.

—¿Cuál es la situación actual respecto al alto costo de los medicamentos?

—Los medicamentos representan un 20% del gasto en salud, aproximadamente, es un costo alto, pero en Uruguay hay obligatoriedad en recetar genéricos y nosotros tenemos un Fondo Nacional de Recursos al que todas las instituciones le aportan un dinero por afiliado (unos 100 pesos uruguayos, 5 dólares por afiliado), y Rentas Generales también aporta lo suyo. El Fondo atendía hasta el 2005 las enfermedades de alto costo y baja prevalencia y se tomó la decisión de que también financiara los medicamentos de alto costo. Lo discutimos con el Ministerio de Economía y hubo acuerdo. Se licitó públicamente los medicamentos por grandes cantidades y eso permitió reducir los costos y el Estado los distribuyó más equitativamente a los usuarios. Para el resto de los medicamentos tomamos una política de compra centralizada para el sector público y eso influyó también. Al dejar de estar colapsado el sistema y aumentar mucho la demanda también los laboratorios se alinearon en la competencia. Aún así, sigue habiendo costos altos en algunos medicamentos, pero menos que antes.

¿Cuáles son los desafíos pendientes de la reforma?

—Primero la sustentabilidad financiera, que es un desafío del sistema de salud pero más aún de la política económica y social en su conjunto. Lo segundo, es que creo hemos sido muy pocos efectivos en el cambio del modelo de atención sanitarista y atencionista, a un modelo preventivo. Algunos cambios hubo, el sistema remunera a través de metas asistenciales la prevención, los controles preventivos son gratuitos, pero todavía el sistema no se adaptó. Hay personas que salen del médico y si no reciben una receta de medicamentos no están conformes, no valoran a los médicos de



“Que la reforma haya sido votada solo por el Frente Amplio y que la oposición pasara de querer derogarla a decir que tenían que mejorarla, habla de un gran empoderamiento social.”

referencia y a los generalistas. En nuestro primer Gobierno decidimos priorizar la reforma financiera y la accesibilidad y de alguna manera a la calidad de la atención la fuimos monitoreando y relegando a un segundo estadio. El tercer gran desafío tiene que ver con la incorporación de algunas prestaciones como salud bucal, que se atiende en el sector privado, o salud mental que básicamente ya está dentro del sistema, como la psicoterapia, pero la internación está limitada a 30 días y eso es imposible para algunas enfermedades crónicas.

—¿Qué es lo que más se valora de este proceso de transformaciones?

—Primero es valorar el cambio, yo milité en el movimiento sindical en los 90, y la política social era absolutamente marginal. La idea a partir del primer Gobierno del Frente Amplio, los modelos llevados adelante en Argentina, en parte en Chile, en Brasil con Lula y Dilma, en Bolivia con Evo Morales, y en Ecuador con Correa despertaron una fuerte comunión de intereses y eso hay que valorarlo. Lo segundo que hay que valorar como un gran logro es que los sistemas de salud se han metido en la gente. Esto de que la reforma de salud haya sido votada solo por el Frente Amplio y que la oposición pasara de querer derogarla a decir que tenían que mejorarla, habla de un gran empoderamiento social, no lo suficiente creo, pero que será difícil si alguien tiene la idea de volver a un sistema fragmentado.