



Ministerio  
**de Salud Pública**

# La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID -19

Resumen

Marzo de 2021

Con el apoyo de:

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

---

# Autoridades

## Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Ministro de Salud Pública  
Dr. Daniel Salinas

Subsecretario  
Lic. José Luis Satdjian

Director General de Salud  
Dr. Miguel Asqueta Sónora

Director General de Secretaría  
Sr. Gustavo Cardoso Muñoz

Director General de la Junta Nacional de Salud  
Dr. Luis González Machado

Directora General de Coordinación  
Dra. Karina Rando

## OPS/OMS

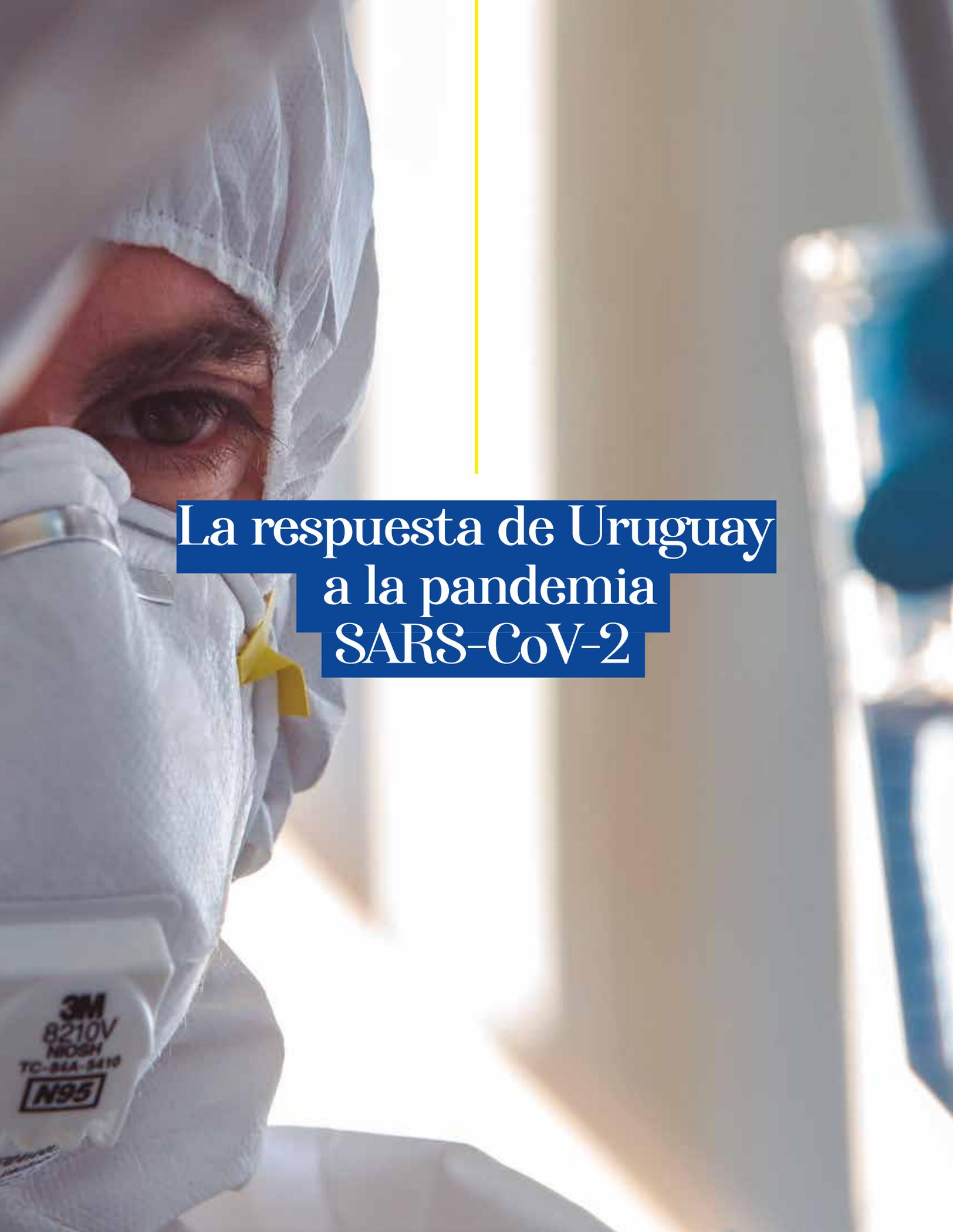
Representante de OPS/OMS en Uruguay  
Dr. Giovanni Escalante

---

## Contenido

- La respuesta de Uruguay a la pandemia SARS-CoV-2 ... Pag. 6
- Caracterización epidemiológica de la pandemia por COVID-19  
y sistema de vigilancia ... Pag. 10
- Abordaje multimodal del control de COVID-19 en las fronteras ... Pag. 12
- La estrategia de comunicación frente a la COVID-19 ... Pag. 16
- Respuesta del Primer Nivel de Atención ... Pag. 20
- Respuesta del nivel hospitalario ... Pag. 24
- La aplicación de la estrategia TETRIS en el principal prestador público de  
salud en Uruguay: ASSE ... Pag. 28
- Protección de los Recursos Humanos en Salud ... Pag. 31
- Cooperación internacional en la COVID-19 ... Pag. 34





La respuesta de Uruguay  
a la pandemia  
SARS-CoV-2

3M  
8210V  
NIOSH  
TC-84A-5410

**N95**

La rápida decisión de aplicar medidas de mitigación de la pandemia el día del diagnóstico de los primeros casos, con un fuerte liderazgo político desde la Presidencia de la República y un importante soporte técnico fue elogiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Figura 1.** Medidas destacadas para la contención de la epidemia



La creación del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), con el aporte de científicos de renombre internacional, jerarquizó el rol de la ciencia en la respuesta, brindando asesoramiento al gobierno en la transición hacia la “nueva normalidad”. El grupo postuló su trabajo considerando cuatro ejes principales, como se presenta en la siguiente figura, y basó su trabajo en dos polos: un equipo científico de salud y otro equipo científico de modelos y ciencia del dato

**Figura 2.** Ejes de trabajo de GACH en la asesoría para el establecimiento de una nueva normalidad.



En enero de 2020 se implementaron en Uruguay las primeras medidas de respuesta destacando la vigilancia de las fronteras, la planificación de la contingencia en el sistema de salud, y la capacitación del Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP).

Al asumir las nuevas autoridades del MSP, se convocó para una reunión técnica a todos los prestadores de salud, la academia, funcionarios del MSP y organismos internacionales para ajustar el Plan de Contingencia que incluyó la evaluación del riesgo para el país, los escenarios epidemiológicos posibles en caso de brotes, las acciones de respuesta para cada uno de los tres niveles definidos: nivel de alerta y preparación; nivel de riesgo inminente de propagación; nivel de respuesta coordinada multisectorial.

Detectado el primer caso el 13 de marzo, el gobierno implementó intervenciones para contener y mitigar la epidemia. La gestión de la respuesta desde el Ministerio de Salud se centró en los siguientes ejes:

**Conformación de Comité de Gestión de Crisis.**

**Políticas públicas basadas en la evidencia, y la ciencia como pilar fundamental, generando capacidades locales para la respuesta.**

**Tecnología y desarrollo del software para fortalecer sistemas de información, facilitar la comunicación y apoyar en el rastreo.**

**Estímulo para el desarrollo de líneas de investigación**

**Preparación del sistema de salud para la contingencia, con adecuación de la infraestructura y los recursos humanos.**

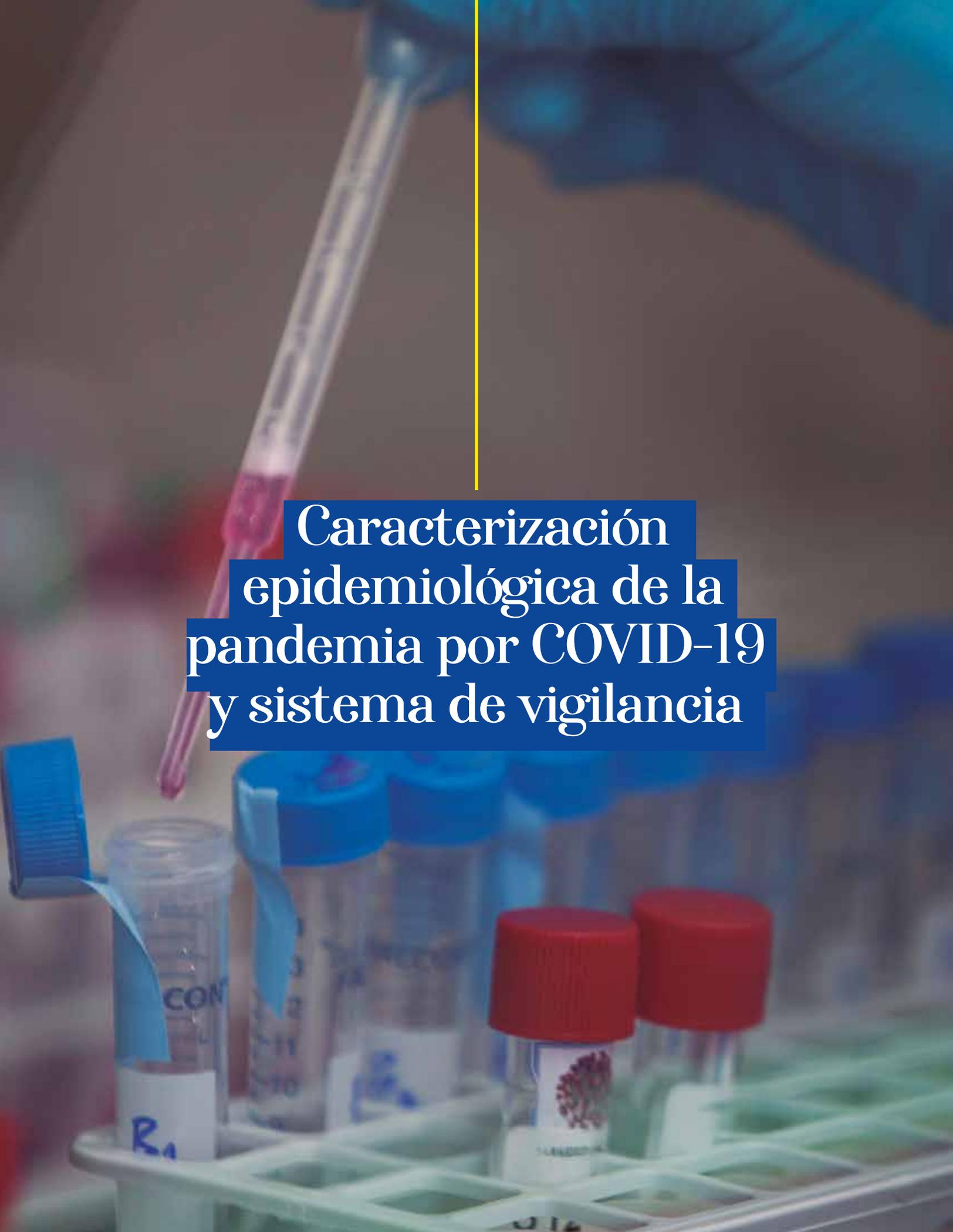
**Promoción de la atención en el primer nivel de atención y la consulta domiciliaria.**

**Mitigación del impacto de las infecciones respiratorias con la vacunación para la gripe**

**Contingencia para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores**

**Medidas adoptadas en los departamentos fronterizos con Brasil**

**El fortalecimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica**

A laboratory setting with a pipette and test tubes. A pipette is shown in the foreground, dispensing a pink liquid into a test tube. The test tube is part of a rack containing several other test tubes, some with blue caps and some with red caps. The background is blurred, showing a person wearing a blue lab coat. A vertical yellow line is present on the right side of the image.

# Caracterización epidemiológica de la pandemia por COVID-19 y sistema de vigilancia

En enero 2020, las autoridades chinas notifican a la OMS sobre la presencia de un nuevo tipo de coronavirus. Al analizar la transmisión de SARS-CoV-2, el elevado índice de reproducción y una presentación clínica diversa (COVID-19), se alertó sobre la capacidad de provocar brotes. El virus se diseminó rápidamente, y a fines de enero la OMS designó al evento como un evento de salud pública de importancia internacional (ESPII), lo que activó en Uruguay la etapa de preparación nacional y de alerta. El 11 de marzo la OMS declaró la situación de pandemia.

En este contexto el Ministerio de Salud Pública estableció una serie de acciones para mitigar el avance de la epidemia. En primera instancia se reformuló y actualizó el Plan de Contingencia Nacional y se trabajó con prestadores e instituciones académicas para su implementación.

Acorde a los lineamientos nacionales, se fortaleció a la Red Nacional de Vigilancia para responder a la COVID-19. Para eso se adaptaron sistemas y estructuras existentes, como el sistema de gestión web SG-DEVISA (Dpto. de Vigilancia en Salud), el sistema de vigilancia de enfermedades respiratorias con centros centinelas y el Plan Invierno, y realizaron las definiciones operacionales para casos sospechosos, confirmados y contactos.

La actividad de rastreo y seguimiento de contactos fue clave para la respuesta. Para ello el MSP contaba con una estructura activa y capacitada para responder a otros eventos, que debió aumentar para responder a la demanda.

Una parte importante fue el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica a nivel nacional, en una primera instancia a través del DLSP. Luego se trabajó para ampliar el acceso a sistemas diagnósticos a través de un acuerdo con el Instituto Pasteur y la Universidad de la República, generando las capacidades locales en laboratorios públicos y privados.

Otro punto importante en la vigilancia fue el trabajo en frontera y con migrantes. A través de la Dirección de Vigilancia en Fronteras (DEVIFRO) y las Direcciones Departamentales en Salud (DDS) se implementaron protocolos específicos para la frontera seca, aérea y marítima asociados al cierre parcial de fronteras.



URUGUAY BRASIL  
ANTE DE LA CONCORDIA

## Abordaje multimodal del control de COVID-19 en las fronteras

El surgimiento de la pandemia por COVID-19, ha representado un gran desafío, para Uruguay y sus fronteras terrestres, marítima y aérea, exigiendo una coordinación internacional.

El 24 de marzo de 2020 se promulgó el decreto N° 104/020 que restringía el ingreso de no residentes, vuelos comerciales o privados, o de cualquier modalidad de transporte de pasajeros, exceptuando a aquellos uruguayos varados en el exterior.

Los equipos de vigilancia de fronteras comenzaron con el control de las declaraciones de salud de cada viajero y el estado sanitario al ingreso, para identificar posibles casos sintomáticos, procediendo al aislamiento si correspondiera.

### **Acciones en Aeropuertos**

Se destinó en el Aeropuerto Internacional de Carrasco (AIC) una sala de evaluación para los pasajeros que durante el vuelo presentaran signos clínicos sugerentes de COVID-19, quienes reciben evaluación clínica y epidemiológica por parte de la guardia médica del AIC, del médico de Vigilancia Epidemiológica del MSP y un médico asistencial. A los pasajeros se les exige la Declaración de Salud del Viajero (DSV) y un test RT-PCR negativo (en un tiempo menor a 72 de la hora de embarque), para que las autoridades sanitarias aprueben su descenso. Al ingresar se les exhorta a mantener distanciamiento físico y la cuarentena por 7 días hasta control RT-PCR negativo, usar mascarilla facial, evitar el uso de transporte público. En caso de que no tenga un test negativo a los 7 días, puede extender la cuarentena hasta completar 14 días y levantarla si se encuentra asintomático.

### **Acciones en puerto de Montevideo**

Los viajes de pasajeros uruguayos o residentes en Uruguay procedentes de Buenos Aires retomaron la operativa en julio. Además de las medidas de higiene, distanciamiento y medidas de protección, se les exigió un test RT-PCR antes de abordar

el buque, con costo a cuenta de los pasajeros.

Se establecieron protocolos de funcionamiento de agencias marítimas ante la llegada de buques y de tripulaciones vía aérea. Se emitió una ordenanza que reglamentó las consideraciones sobre la gestión de los buques para prevenir y controlar la aparición de casos COVID-19, incluyendo especificaciones sobre la higiene, los insumos y servicios generales, y qué hacer ante un caso. También se establecieron las actividades permitidas para el personal portuario involucrados en la operación y seguridad de los buques.

### Acciones en frontera terrestre

En la acción en territorio las Direcciones Departamentales de Salud (DDS), dependientes de la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) – MSP, cumplieron un rol sustancial en conjunto con los Centros Coordinadores de Emergencia Departamentales (CECOED). Los CECOED dependen del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), tienen la responsabilidad de formular políticas y estrategias de gestión de riesgo a nivel local. Son dirigidos por la Intendencia Departamental e integrados por los referentes departamentales de los ministerios de Defensa Nacional, del Interior, de Desarrollo Social, del Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay, jefes de bomberos, etc.

### Ciudadanos uruguayos o extranjeros que circulan por ciudades fronterizas:

Las ciudades binacionales de la frontera brasilera se presentan como unidades funcionales en términos laborales, servicios, comercio y de vínculos sociales, requiriendo una regulación específica para la frontera seca. En particular, el ingreso de ciudadanos extranjeros fue regulado por un decreto donde se establecieron requisitos generales, quienes debían tramitar autorización previa al ingreso y fundamentar las razones de ingreso según tiempo de permanencia previsto y la aprobación final dependiente de la Dirección Nacional de Migraciones (DNM).

➤ **Permanencia menor a 7 días.** Previo al ingreso las personas debían cumplir con los siguientes requisitos: acreditar un resultado negativo de RT-PCR, realizado 72 horas previas al ingreso, presentar formulario de declaración jurada donde se acredite la ausencia síntomas y de contacto con casos confirmados o sospechosos

de COVID -19, disponer de seguro de salud, declaración en formulario indicando el motivo impostergable de su ingreso, declaración de itinerario comprobable durante su estadía.

➤ **Permanencia mayor a 7 días.** A lo antes expuesto se le suma el requerimiento de aislamiento preventivo obligatorio los primeros 7 días, pudiendo optar por un nuevo test RT-PCR, o bien extender el aislamiento por 7 días más. En caso de presentar síntomas asociados a COVID-19, durante su estadía se establece la necesidad de cumplir con las medidas de aislamiento conforme a lo dispuesto por el Poder Ejecutivo, acudiendo a su seguro de salud.

## **Migrantes**

El ingreso de migrantes es regulado por DNM, Comisión de Refugiados (CORE), Ministerio de Relaciones Exteriores (MRREE), apoyados por Servicio Ecuménico de Dignidad Humana (SEDHU) y las DDS. Estos últimos coordinan el acceso a un centro de contingencia, y la realización de un test RT-PCR, que de ser negativo habilitaba para la circulación libremente. En caso de contar con un resultado positivo se establecieron mecanismos para la derivación a un centro hospitalario. A su vez, se formularon los mecanismos de seguimiento para asegurar el cumplimiento de la cuarentena obligatoria.

## **Transporte de carga**

Se estableció la necesidad a los transportistas de presentar el resultado de un test RT-PCR negativo, declaración jurada y documentos aduaneros. De no contar con test RT-PCR se le realiza uno al ingreso al país, con el correspondiente seguimiento mientras se aguarda resultado. En caso de ser positivo se estableció la notificación del transportista, instruyéndolo sobre aislamiento y evaluación médica, y de la DDS para la coordinación de la intervención. Si era brasilero o argentino se indicaba el retorno al país de origen. Para los transportistas chilenos o paraguayos se estableció la derivación a centros de contingencia o, de requerirlo, a hospitales de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).



La estrategia de  
comunicación frente a  
la COVID-19

En la estrategia del país frente a la pandemia COVID-19, además de la respuesta sanitaria, se distingue el importante rol de una comunicación transparente y continua. En el contexto de una nueva administración, el MSP se propuso un nuevo enfoque hacia la comunicación para la salud, integrada a otras miradas profesionales como la comunicación política, la comunicación estratégica y la comunicación de crisis.

A partir de la confirmación de los primeros casos de COVID-19 se lanzó una campaña informando a la población sobre los síntomas de la enfermedad y sus vías de contagio. En ese momento también se creó una web informativa y establecieron vías de contacto para facilitar el acceso a información de calidad.

El decreto de emergencia sanitaria emitido por el Poder Ejecutivo trajo un paquete de medidas para el control de la epidemia. Se suspendieron los espectáculos públicos, las aglomeraciones, las clases presenciales en todo nivel, se cerraron los centros comerciales, así como también un cierre parcial de fronteras. Se recomendó también a las personas no salir de sus casas con un llamado y se hizo un llamado a la libertad responsable, apelando al compromiso de la población.

**Figura 3.** Canales de comunicación desarrollados por el Ministerio de Salud Pública y AGESIC



Infografía que muestra los canales de comunicación desarrollados por el Ministerio de Salud Pública y AGESIC. Incluye el logo del Plan Nacional Coronavirus y el Ministerio de Salud Pública, así como el sitio web msp.gub.uy. Los canales listados son:

Servicio de información	0800 1919
Whatsapp	098 99 99 99
ChatBot Botón azul abajo a la derecha	coronavirus.uy
Messenger	@MSPUruguay
Aplicación móvil para Android e IOS	Coronavirus UY

Se muestran también los logos de Google Play y App Store.

## **La comunicación estratégica aplicada a la campaña de COVID-19**

La OMS considera en el modelo de comunicación estratégico seis principios básicos a cumplir: accesible, factible, creíble, pertinente, a tiempo y fácil de entender. La campaña uruguaya se desarrolló teniendo en cuenta estos principios y se difundió a través de un sistema multimedios y multiplataforma, considerando los públicos objetivos y los mensajes a comunicar.

La campaña principal se basó en recomendaciones de la OPS/OMS y se apoyó en dos piezas con amplia cobertura de radio y televisión para toda la población, donde se destacaban tres síntomas de COVID-19 y seis acciones para prevenir su contagio.

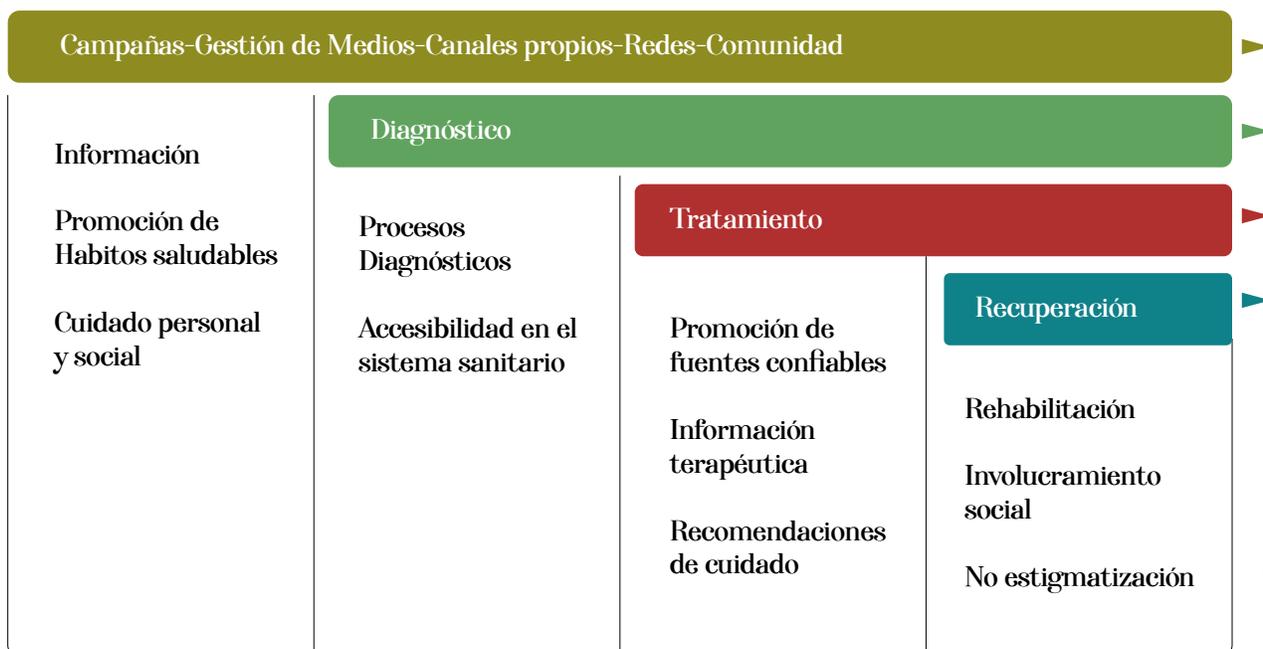
Los mensajes en una segunda instancia fueron adaptados a los públicos específicos como personas de riesgo, personas con discapacidad, personal asistencial y periodistas. También se desarrolló una comunicación con influencers en TikTok e Instagram para alcanzar a jóvenes con una plataforma y un mensaje determinado.

En el modelo de comunicación utilizado en Uruguay se aplicaron como principios la empatía y el diálogo, la adecuada percepción del riesgo, la transparencia y la libertad responsable, reconociendo la importancia de la credibilidad de la fuente. Así, las comunicaciones de mayor trascendencia fueron a cargo del presidente de la República, el prosecretario de la Presidencia y el ministro de Salud Pública.

## **Transversalidad de la comunicación en una política sanitaria**

De forma paulatina y de acuerdo con las valoraciones epidemiológicas se fue reabriendo la educación y diferentes sectores de la economía uruguaya, cumpliendo con protocolos validados por la autoridad sanitaria. Acompasado a estos cambios, la estrategia de comunicación también fue variando para adecuar los mensajes. La comunicación en la fase inicial de información y prevención de una política sanitaria es relevante, pero también lo es durante las etapas subsiguientes. Así se explica en la siguiente figura los puntos principales incluidos en la comunicación considerando las fases sucesivas.

**Figura 4.** Transversalidad de la comunicación en una política sanitaria



### Gestión de comunicación transmedia

La complejidad actual del sistema de medios exige a las oficinas de comunicación de gobierno trabajar en diferentes plataformas, respetando los estilos comunicacionales que admite cada plataforma.

Desde este enfoque conceptual es que se desarrolló una gestión de comunicación de gobierno que buscó generar contenidos en todos los canales de información, adaptados a la lógica de cada canal. De esta manera se lograron mensajes complementarios, construyendo un mensaje institucional único. Entre los contenidos se destaca la comunicación interna, la generación de comunicados y entrevistas propias, la gestión de prensa, la vocería en distintos niveles jerárquicos, campañas de sensibilización y el storytelling.



Respuesta del Primer  
Nivel de Atención



El PNA y otros dispositivos de atención prehospitalaria cumplieron un rol significativo para garantizar cuidados adecuados a la población y lograr el aislamiento de los casos en el ámbito domiciliario, su trazabilidad y la atención familiar y comunitaria específica a cada situación. Para ello se requirió la adecuación de los procesos asistenciales y las estructuras al nuevo contexto.

El abordaje se ha enfocado en diferentes puntos. Se agregó a la oferta presencial en domicilio o consultorio, la consulta vía telefónica o por videollamada. Para ello se invirtió en la adecuación tecnológica y la capacitación del personal para los nuevos procesos. Particular énfasis se puso en pacientes con patología respiratoria, pacientes confirmados o sospechosos para COVID-19 y control de altas hospitalarias, con el objetivo de detectar tempranamente los casos, definir aislamiento de los mismos y cuarentena de sus contactos, y realizar el seguimiento de acuerdo a los protocolos. También se establecieron mecanismos para brindar atención psicológica y social a pacientes con sospecha o confirmados con COVID-19, coordinando prestaciones sociales.

Para prevenir la aparición de contagios asociados a la visita de centros asistenciales, se implementó el triaje al ingreso, estableciendo áreas exclusivas para pacientes con elementos sugestivos de infección por SARS-CoV-2 y se definió el equipo de protección personal correspondiente a las tareas. Además, se aumentó la oferta de atención domiciliaria, tanto médica como de enfermería, y se implementaron mecanismos de entrega de medicación a domicilio. También se promovió la realización a distancia de procedimientos administrativos, como brindar informes, entrega de resultados, además de permitir la realización vía teleconsulta de repetición de medicaciones crónicas con prescripción médica, y certificaciones por COVID-19 luego de resultado positivo y por otras causas.

También se trabajó en poblaciones específicas con mayor vulnerabilidad, estableciendo intervenciones comunitarias, de promoción de salud, diagnóstico por muestreos aleatorios y acceso a la vacuna antigripal. Importa destacar el trabajo realizado con residentes y trabajadores de establecimientos de larga estadía para personas mayores para disminuir la probabilidad de casos y limitar el impacto de posibles brotes.

En el proceso de redefinición de objetivos y transformación de los procesos asistenciales surgieron espacios para concretar acuerdos de complementación entre

prestadores para dar respuesta a las necesidades, como el convenio entre prestadores públicos en la capital: Red de Atención Primaria Metropolitana de ASSE, Intendencia de Montevideo y Sanidad Militar.

En este proceso la protección del equipo de salud del PNA fue fundamental, por la alta exposición que presentan. Así se promovió el teletrabajo a población de riesgo, y el uso de sistemas informáticos de información para la gestión diaria de la actividad. Así mismo, se promovió la actualización del personal de enfermería en espacios con la Comisión Nacional de Enfermería, y de todo el personal de la salud mediante el uso del aula virtual del Ministerio de Salud Pública e INEFOP, de teleclínicas del Proyecto ECHO Uruguay y de materiales de OPS/OMS.



A close-up photograph of a woman in a hospital setting. She is wearing a white surgical cap and a light blue surgical mask. She is looking slightly to the left. The background is a window with vertical blinds. A blue rectangular box with white text is overlaid on the image.

# Respuesta del nivel hospitalario

Con la llegada de la pandemia, e incluso antes, el sistema de salud comenzó un proceso de preparación de la contingencia. Sanatorios y hospitales debieron modificar su infraestructura, crear protocolos de actuación frente al nuevo virus circulante, orientar al personal de salud en cuanto al mismo, etc. Todo esto, manteniendo la atención a todos los pacientes que demandaban asistencia.

La atención sanitaria en Uruguay está regulada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), y la Junta Nacional de Salud (JUNASA), quien administra y controla que los prestadores cumplan con sus obligaciones. Desde comienzos del mes de marzo del 2020, el MSP definió acciones a seguir por prestadores basadas en lineamientos internacionales y asesoramiento de expertos locales, para la correcta gestión de la epidemia. Entre las definiciones y protocolos promovidos por el MSP se destacan:



A fin de dar respuesta a las necesidades, las instituciones debieron conformar comités de contingencia, con integrantes de las áreas claves. Con foco en la infraestructura, los procesos asistenciales y la gestión de los recursos materiales, lograron preparar a los diversos servicios para la atención de todos los pacientes de manera segura para ellos y los trabajadores. La tarea de las direcciones administrativas en previsión de insumos, procesos de compra conjunta, ampliación de proveedores, y modificaciones edilicias fue muy relevante.

En servicios de emergencia se requirió separar las áreas de espera y atención con acceso específico en base a lo surgido de un triaje respiratorio con consideraciones clínico-epidemiológicas. Aquellos casos que no fuera posible valorar se trataron como casos sospechosos, y se redefinió la clasificación en base a los avances diagnósticos. En las áreas de internación se diferenció claramente las áreas para sospechosos, COVID-19 y no COVID-19, con internaciones individuales o por cohortes. También se trabajó en reducir el número de traslados y si era necesario, hacerlo con las medidas de seguridad específicas. En block quirúrgico también se establecieron áreas específicas, debiendo considerar la aerosolización en las áreas COVID, por lo que se adaptó la renovación de aire, se utilizaron coberturas plásticas y se intensificó la higiene ambiental.

Además de la definición de zonas de transición para la colocación segura de EPP y los cambios en los procesos asistenciales, se debió reducir el ingreso de personas por visitas y a las áreas ambulatorias, realizando controles y fomentando la sanitización.

### **Los Comités de Control de Infecciones**

La reglamentación de la notificación obligatoria de los casos de COVID-19, la evolución clínica de los pacientes, y los mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2, así como las responsabilidades asignadas a los Comités de Infecciones de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), los convirtieron en dispositivos centrales en la respuesta a la pandemia.

Así, trabajaron con los equipos asistenciales en la elaboración de protocolos asistenciales, en la reformulación de requerimientos en planta física, tecnología y

disponibilidad de recursos humanos, asesorando a la dirección técnica y administrativa para implementar cambios. También cumplieron un rol fundamental en la instrucción de los protocolos institucionales, la capacitación del personal, la garantía de información confiable y ante el surgimiento de brotes en la mitigación y control de estos.



La aplicación de la estrategia TETRIS en el principal prestador de salud en Uruguay: ASSE

ASSE es el principal prestador integral del SNIS, brinda cobertura a 1.433.800 usuarios (al 31 de Julio de 2020), lo que representa el 43,9 % de la población. Sus cometidos se centran en “procurar el máximo de accesibilidad, calidad y eficiencia”. Cuenta con 44 hospitales de distinto nivel de complejidad y más de 900 puntos de atención abarcando los tres niveles de atención.

Siguiendo las pautas de la OMS se implementó la estrategia TETRIS (testear, rastrear, aislar), la cual, junto a otras medidas no farmacológicas, ha permitido controlar los brotes iniciales en varios países. Para ello se elaboraron los planes institucionales de ASSE según nivel de respuesta, para asegurar que toda su capacidad instalada de recursos humanos, materiales y tecnológicos se reorganice en el marco de esta nueva contingencia, para fortalecer las modalidades de atención requeridas en cada etapa y nivel de riesgo epidemiológico.

A su vez se constituyó el Comité de Contingencia Coronavirus (CCC) a nivel central tendiente a la reorganización de los servicios y la gestión estratégica de la contingencia con interlocutores en cada Unidad Ejecutora (UE). Realizó e implementó pautas de funcionamiento relacionados a servicios, recursos humanos, recursos materiales, y procesos administrativos, así como recomendaciones y protocolos para la atención de usuarios afectados por la pandemia y para poblaciones específicas

### **Reorganización de los servicios en el marco de la pandemia**

Se realizó una adecuación de los procesos en función de las pautas del MSP y JUNASA con la priorización de actividades no presenciales y reprogramación de actividades de acuerdo al contexto epidemiológico. Se mantuvieron consultas presenciales para captación y control del recién nacido y del niño hasta el año, captación de embarazo y control de embarazos de riesgo, consultas por interrupción voluntaria del embarazo y cuidados paliativos. Para las patologías crónicas se establecieron criterios de riesgo y la realización de triaje telefónico para definir modalidad de consultas. Se mantuvo las consultas de urgencia de RAP y odontológicas, además de las rondas rurales. Todas aquellas actividades no diferibles fueron realizadas prioritariamente vía presencial, con triaje telefónico previo. Se utilizó la telemedicina para el cumplimiento de ciertas actividades programadas. En el

caso de pacientes con COVID-19, se utilizó para el seguimiento y la teleasistencia. Esto fue posible por convenios realizados con la Facultad de Medicina – UdelaR y el Colegio Médico del Uruguay, habilitando la participación de estudiantes y médicos jubilados respectivamente.

Para los estudios diagnósticos de COVID-19 se elaboraron pautas para el envío de muestras, sus registros, destino de las mismas para procesamiento y gestión de resultados. Los objetivos propuestos fueron:

- Aumentar la capacidad de diagnóstico
- Asegurar el acceso a toma de muestras en todo el territorio
- Garantizar la llegada de resultados a los efectores correspondientes en los tiempos adecuados

Para esto se coordinó el trabajo de hisopadores, laboratorios de las Unidades Ejecutoras (UE) de ASSE y Laboratorio Central de RAP para la gestión de muestras, procesadores tanto público como privados que informan los resultados a UE y a DEVISA del MSP. Esta red permitió que la demanda de tests no superara la capacidad diagnóstica gracias a la flexibilidad en el diseño.

Se procuró además contribuir al esfuerzo de la autoridad sanitaria en el control de la epidemia. En apoyo a la DEVISA, se ejecutan directivas para el rastreo, aislamiento e hisopado de contactos tanto en Montevideo como en el interior del país. También se dispuso un trabajo especial en poblaciones vulnerables y de riesgo, como las alojadas en refugios, residenciales, sistema penitenciario, asentamientos, entre otras. ASSE realizó también testeos aleatorios en personal de la construcción y la educación para valorar la circulación viral.

También se destaca el desarrollo de la línea de apoyo emocional 0800 1920, lanzada el 14 de abril. Su objetivo general se centró en el acompañamiento en situaciones de crisis, como una primera ayuda psicológica, con orientación y derivación a recursos ya existentes. Este acompañamiento telefónico incluyó escucha y orientación, realización de intervenciones focalizadas, psicoeducación de hábitos saludables, derivación de las situaciones de riesgo suicida, violencia intrafamiliar, intoxicación por consumo de sustancias, entre otras, y se disponibilizó para toda la población, las 24 hs. del día.

A healthcare professional in a white coat and mask is leaning over an elderly patient seated at a table in a dining area. The patient is wearing a dark jacket and glasses. The table has a water bottle and some plates. The background shows a window with a view of a tree and a brick wall.

# Protección de los Recursos Humanos en Salud

En Uruguay los recursos humanos del sistema de salud se encuentran en una posición privilegiada en términos de dotación de personal de salud en relación a la población. Según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2019, el sector de salud emplea 110.243 trabajadores.

La incorporación de la telemedicina al proceso asistencial y la adaptación de los sistemas de información han sido esenciales. La Junta Nacional de Salud priorizó la modalidad de atención extrahospitalaria y domiciliaria, sin afectar la continuidad de asistencia de sus usuarios, así como la prescripción de medicamentos u otros estudios, por medio de videoconsultas, telemedicina y consultas telefónicas, con el fin de disminuir el riesgo de una posible exposición de los pacientes al virus. La creación del Comité de Crisis para Recursos Humanos fue una de las primeras medidas adoptada por el MSP, permitiendo así establecer líneas de trabajo orientadas a generar recomendaciones dirigidas al personal de salud y estrategias de contingencia para mitigar el impacto.

En lo que respecta a la capacitación, se propuso brindar información confiable y actualizada a todo el personal de salud, para contrarrestar la llamada “infodemia”, lo que fue valorado positivamente por los participantes en las diferentes encuestas realizadas. Para eso se utilizó el Campus Virtual del MSP y del Instituto Nacional de Formación Profesional (INEFOP), plataforma de amplio acceso por trabajadores públicos y privados. En la llamada sala COVID se brindó información de COVID-19 y del plan de contingencia, guías y protocolos para el auto cuidado entre otros.

Además, la CONAE junto a la División de Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA) en alianza con universidades del país y sociedades científicas elaboraron los planes: “Capacitación de recursos humanos ante la pandemia de COVID-19” y “Plan nacional de capacitación para los ELEPEM en el marco de la pandemia por COVID-19”. Los mismos se realizaron por conferencias abiertas y un curso diseñado y accesible en el campus virtual.

A su vez, para los prestadores con unidades de cuidados críticos, se convocó a personal de enfermería a la capacitación “Manejo del paciente con asistencia respiratoria mecánica”, promoviendo capacidades ante la eventual saturación de CTI. Este curso fue iniciado por 676 personas (de 905 inscriptos) y finalizado por el 80,2%.

Los trabajadores de la salud tienen un alto nivel de formalidad en sus vínculos laborales, por lo que cuentan con la cobertura de salud y estabilidad laboral, elementos importantes en el contexto de la pandemia.

Una de las principales lecciones aprendidas fue que la fortaleza del sistema de salud, la rápida respuesta de la rectoría, la planificación y el trabajo sistematizado, así como también la suma de los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas que colaboraron para favorecer las competencias de los trabajadores de la salud, actores claves como primera línea de atención sanitaria.

A large white cruise ship is docked at a pier. The ship has multiple decks with glass railings. Several people are visible on the upper decks, and a group of people is gathered on the stairs leading down to the pier. The scene is set against a clear sky.

# Cooperación internacional en la COVID-19

La respuesta de la OPS/OMS ha consistido en activar equipos regionales y nacionales del sistema de gestión de incidentes para transmitir orientación técnica y brindar apoyo directo a los ministerios de salud de los países en materia de vigilancia, capacidad de laboratorios, servicios de apoyo a la atención de salud, prevención y control de infecciones, manejo clínico y comunicación de riesgos, todo en consonancia con líneas de acción prioritarias.

A través del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la OPS se planifica, coordina y controla la respuesta. Para ello se recolecta y analiza información que permite a la OPS y a los estados miembros tomar decisiones efectivas y a tiempo. La comunicación de información clara y de calidad y la participación de la comunidad también es un área priorizada en el trabajo. Para ello se asistió a los gobiernos en las capacidades para generar la comunicación del riesgo, ampliando las capacidades locales.

Además, la OPS/OMS contribuyó al fortalecimiento de las capacidades de detección y vigilancia del SARS-CoV-2 capacitando a laboratorios nacionales en los protocolos recomendados y asegurando la disponibilidad de reactivos y pruebas para las mismas. También se trabajó en el desarrollo de vacunas y generaron mecanismos de acceso, investigación de tratamientos (ejemplo ensayo Solidaridad) y fortalecimiento de sistemas de salud.

El acompañamiento y la cooperación técnica han sido los postulados principales en el vínculo con la Autoridad Sanitaria Nacional en el Uruguay. Los indicadores de la respuesta a la pandemia constituyen pruebas de la preparación y capacidad de respuesta, de los que subrayamos nueve factores:

1. Según el “Informe Mundial de la Protección Social 2017-2019” de la OIT y el Reporte del Banco Mundial (2013), Uruguay cuenta con “uno de los sistemas de protección social más desarrollados de América Latina, comparable, en algunos aspectos, a los de países de la OCDE”. Contar con una protección social sólida ayuda a que los países desarrollen una respuesta más efectiva.
2. La información requiere provenir de fuentes verificadas y la respuesta de la sociedad uruguaya fue responsable eligiendo cumplir el distanciamiento físico voluntario.





3. Las decisiones para la respuesta ante la pandemia estuvieron basadas en las evidencias científicas a través de la experticia técnica de la academia mediante el comité de crisis y el grupo asesor honorario que nuclea a científicos, catedráticos y académicos de diversas disciplinas; la articulación con el conocimiento experto también contribuyó a la producción nacional de pruebas diagnósticas de PCR, aumentando la capacidad de detección de casos.
4. La pandemia evidenció las once funciones esenciales de salud pública como capacidades indispensables que el país mantuvo de forma sostenible en el tiempo.
5. La información transparente es un factor favorable a la respuesta apropiada del análisis de los sitios web gubernamentales, así como la generación de conferencias de prensa periódicas a cargo del presidente y ministros, la producción de datos e información accesible.
6. La solidaridad demostrada en el caso del crucero Greg Mortimer que estaba en cuarentena en el puerto y el estado uruguayo respondió con apoyo para la atención, traslado y repatriación a Australia y Nueva Zelanda.
7. El gobierno estableció 81 medidas complementarias en sectores sociales y productivos y 35 medidas sanitarias que permitió mejores sinergias para la integridad de la respuesta.
8. La gobernanza y gobernabilidad produjo una respuesta unitaria en acuerdo con la adhesión de la población, la academia, las organizaciones comunitarias y los organismos del estado.
9. El SNIS tiene el gasto público en salud como porcentaje del PBI más alto en América Latina (>6%), así como uno de los más bajos porcentajes de gasto de bolsillo.

Es necesario vigorizar los acuerdos de cooperación entre los países, crear marcos jurídicos para lograr el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y favorecer la integración panamericana.



# Ministerio de Salud Pública

Con el apoyo de:

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas