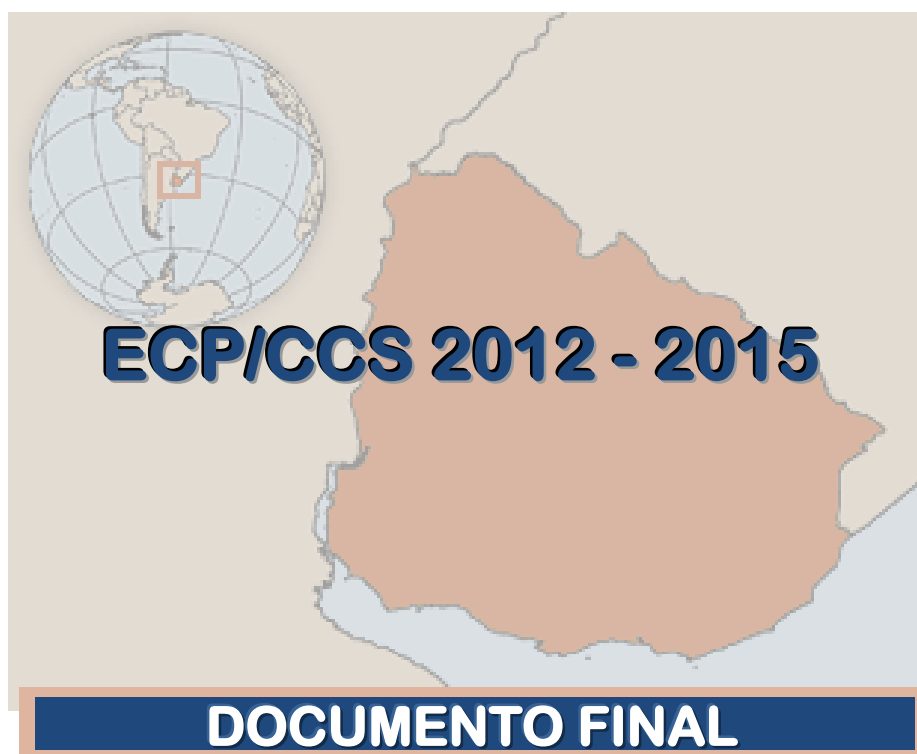




**COOPERACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD CON LA REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY 2012-2015**



**Representación en Uruguay
Organización Panamericana de la Salud**

**COOPERACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD CON LA REPÚBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY 2012-2015**

	Pág.
NOTA ESTRATEGICA	4
Resumen	10
Sección 1. Introducción y aspectos metodológicos	13
Sección 2. Los desafíos de la salud y el desarrollo, los atributos de las políticas y estrategias de transformación del sector salud.	19
Sección 3. Cooperación para el desarrollo y alianzas	38
Sección 4. Elementos de la evaluación ECP/CCS 2006-2011	43
Sección 5. El programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS	45
Sección 6. Ejecución del programa estratégico. Implicaciones para la Representación de OPS/OMS en Uruguay	71
Lista de siglas y abreviaturas	73
Anexo 1. Nómina de participantes e instituciones	76
Anexo 2. Agenda de la Misión	81

NOTA ESTRATÉGICA

COOPERACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CON LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2012-2015

La cooperación en salud con Uruguay presenta retos que han sido identificados y priorizados en el proceso de formulación de la Estrategia de Cooperación al País (ECP, o CCS por sus siglas in ingles), en talleres y reuniones temáticas con la participación activa de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), instituciones relevantes del sector salud, otras áreas del gobierno, academia, sociedad civil, Sistema Naciones Unidas, y la OPS/OMS, representada por sus niveles Global, Regional y Oficina de País (PWR).

El ejercicio fue programado y acompañado por el Grupo de Orientación Estratégica¹ de la PWR-URU (GOE), que ha actuado como un espacio de debate de ideas y formulación colectiva para la definición de las Prioridades Estratégicas de la cooperación, su seguimiento y evaluación continuos.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON URUGUAY

1. Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- Sostener y profundizar el ejercicio de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), incluyendo la armonización de la cooperación internacional, las relaciones bilaterales con otros Estados, la participación en los mecanismos de integración regional y sub-regional y en los organismos multilaterales, especialmente la OPS, la OMS, y las demás Agencias, Fondos y Programas del Sistema Naciones Unidas.
- Formular, aprobar e implementar un Plan Nacional de Salud, fortaleciendo un Modelo de Atención centrado en la Atención Primaria de Salud (APS), la promoción de salud, la prevención de enfermedades, y la igualdad de género, que asegure la atención oportuna, integral, segura, y de calidad, sostenido en el abordaje de curso de vida, que integre los programas verticales y focalizados.
- Superar los elementos de fragmentación y segmentación del sistema de salud que persisten, reduciendo las desigualdades territoriales/poblacionales y del gasto público y asignación presupuestaria.

¹ Integrado por el MSP (DIGESA, DPES y UDT), ASSE, BPS, UNASEV, AUCI, UDELAR, Intendencia de Montevideo, UNCT, CLAP-SMR/OPS, y representaciones de las Organizaciones de la Sociedad Civil y de los funcionarios de la PWR/Uruguay

- Profundizar la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), asegurando la continuidad en los diferentes niveles de atención mediante la complementación público-público y público-privado, y las inversiones en infraestructura y distribución de recursos humanos para territorios rezagados del interior y área rural.
- Desarrollar las funciones de regulación y fiscalización de la ASN, incluyendo la Política Nacional de Medicamentos y Tecnologías Médicas y la normalización del acceso y oferta de procedimientos y productos de alto costo/complejidad, inclusive modalidades/precios de remuneración de prestadores.
- Fortalecer la gerencia de los servicios de salud que conforman el SNIS, con énfasis en el reposicionamiento institucional, la descentralización y regionalización y la reorganización y modernización gerencial de ASSE.
- Implementar innovaciones en el campo de la seguridad del paciente, control de calidad, y prevención de la violencia en las instituciones de salud
- Sostener la inclusión sucesiva de colectivos poblacionales al Seguro Nacional de Salud/Fondo Nacional de Salud (FONASA), hacia la Cobertura Universal y la solidaridad y redistribución en el financiamiento.
- Evaluar los avances en el proceso de transformación del sistema, la extensión de Protección Social en Salud, y la reducción de la exclusión, considerando sus determinantes de clase social, situación económica, inserción laboral, género, generación, etnia, cultura y orientación sexual.

2. Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades:

- Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología, gestión del riesgo, vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles (endémicas, epidémicas, zoonóticas y exóticas introducibles), enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), siniestros, accidentes y violencias, incluyendo la formación en epidemiología de campo.
- Completar la implementación del Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), incluyendo la coordinación de las entidades gubernamentales que deben integrarlo y la descentralización de la vigilancia, alerta temprana y respuesta.
- Organizar la Red de Laboratorios de Salud Pública, incluyendo la actualización tecnológica y de los recursos humanos y modernización gerencial del laboratorio central, la descentralización al nivel departamental, y la complementación con los laboratorios de la Universidad de la República (UDELAR), Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) y Comisiones Honorarias.
- Fortalecer las capacidades nacionales de formulación e implementación de planes y estrategias de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de las compras al Fondo Rotario del PAI para la Compra de Vacunas.
- Establecer mecanismos interinstitucionales e intersectoriales de articulación y coordinación de las acciones de vigilancia, prevención y control sanitarios con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (MGAP), las Comisiones Honorarias, la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), las Intendencias, UDELAR y Sociedades Científicas, incluyendo las interacciones salud-agricultura y salud-medioambiente.

- Monitorear y evaluar el cumplimiento de los acuerdos, responsabilidades y obligaciones para la plena implementación del RSI.

3. Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Información:

- Diseñar un plan maestro hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos de recolección y generación de datos, y pleno desarrollo de las capacidades y competencias para su análisis y utilización.
- Garantizar el acopio regular y sistemático de datos vitales y epidemiológicos, y el manejo oportuno de la información, facilitando la interconexión y compatibilidad de los sistemas disponibles en las distintas instituciones
- Realizar Encuestas Nacionales sobre enfermedades prevalentes y factores de riesgo, con énfasis en las que resultan de acuerdos inter-país y mandatos de organismos internacionales y en las ECNT.
- Disseminar oportunamente la información demográfica y epidemiológica de calidad, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Oficina de Planificación y Presupuesto (OPP), y el Ministerio del Desarrollo Social (MIDES).
- Monitorear la evolución del alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, 5 y 6, y de las Metas Prestacionales del SNIS.
- Desarrollar e implementar Sistemas de Información Gerencial y de evaluación de desempeño de los servicios integrantes del SNIS.

4. Consolidación de una Política de Recursos Humanos:

- Formar/capacitar una masa crítica de agentes de cambio, apta a responder a los desafíos de sostener y profundizar el proceso de transformación del sistema de salud en sus componentes político-ideológico, estratégico, gerencial y técnico, mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública.
- Establecer la dotación ideal de recursos humanos en las unidades asistenciales y servicios integrantes del SNIS, ajustada al Modelo de Atención en cantidad, distribución y perfil de competencias.
- Respalda las Facultades del Área Salud de la UDELAR en la implantación de los cambios necesarios en sus Planes de Estudios para la formación de profesionales adecuados al Modelo de Atención propuesto para el SNIS y al desempeño en sistemas de salud basados en la APS.
- Consolidar mecanismos institucionales de intercambio de informaciones sobre la Fuerza de Trabajo en Salud, discusión de reivindicaciones laborales y gremiales, y negociación de conflictos, con participación activa de todos los actores involucrados, especialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

5. Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social:

- Promover la articulación con las autoridades nacionales de distintos Ministerios y entes autónomos, las Intendencias Departamentales, y los Municipios para fortalecer el accionar intersectorial, con especial atención en las ECNT, la seguridad vial, la violencia doméstica y de género; la seguridad e inocuidad de los alimentos y la promoción de la salud enmarcada en la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS).

- Sostener las políticas de lucha contra el tabaquismo y la aplicación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), y profundizar la implementación de las políticas de prevención de usos problemáticos de alcohol y drogas.
- Consolidar los mecanismos institucionales de participación y control social propios del SNIS, especialmente la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las Juntas Departamentales de Salud, el Directorio de ASSE, y la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).
- Formular, aprobar e implementar planes de contingencias nacionales, departamentales y locales ante emergencias, desastres y eventos inesperados, inclusive Hospitales Seguros.
- Generar foros de discusión sobre temáticas emergentes que requieren una articulación conceptual y operativa del Estado y la sociedad civil en orden a la construcción participativa de políticas públicas enmarcadas por los enfoques de Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, e Igualdad de Género.
- Apoyar esfuerzos de la sociedad civil que eleven a la agenda pública y al debate político temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos.

MODALIDADES Y ENFOQUES DE LA COOPERACIÓN Y GESTIÓN DE LA OFICINA DE PAÍS

La intensidad y profundidad de los procesos de cambio del sector salud en Uruguay, y la amplitud de las Prioridades Estratégicas definidas por el ejercicio de ECP 2012-15 exigen que la cooperación técnica de la OPS/OMS en Uruguay se desarrolle con una orientación prioritaria de generar, promover e incentivar oportunidades de fortalecimiento de la Inteligencia Sanitaria, como un proceso continuo de Descripción/Explicación – Comprensión/Interpretación – Intervención/Acción Transformadora sobre el conjunto del sector salud, sus alianzas intersectoriales, y sus relaciones internacionales.

Es en el desarrollo de la **Inteligencia Sanitaria**, donde se ubica con oportunidad, competencia, calidad, y compromiso la cooperación de la OPS/OMS: sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate colectivo sobre las intervenciones concretas y las opciones de políticas públicas y catalizando el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales, gerenciales y humanas en el país.

En orden a las Prioridades Estratégicas definidas, se han establecido las siguientes modalidades y enfoques de la cooperación y gestión de la Oficina de País:

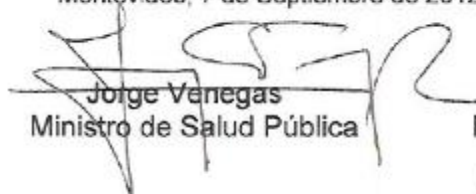
1. Potenciar el desarrollo científico-técnico de las instituciones nacionales, el fomento a la generación e intercambio de estudios operativos respecto a los nudos críticos del SNIS, y el fortalecimiento de los Observatorios, para sostener e incrementar el acceso y utilización del mejor conocimiento disponible en la toma de decisiones.
2. Promover y cooperar con el seguimiento y la actualización de la situación de salud del país y sus determinantes sociales, identificando las tendencias sanitarias, contribuyendo a detectar precozmente situaciones emergentes y diseñar estrategias adecuadas para la comunicación y el manejo de riesgos.

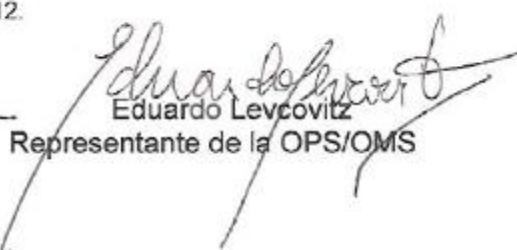
3. Generar ámbitos de difusión del RSI y mecanismos de articulación de instituciones tendiendo a la creación de capacidades duraderas en el campo de la Vigilancia en Salud Pública.
4. Catalizar los procesos institucionales de cambio que privilegien la centralidad del territorio/población, la participación social organizada, y la descentralización en una lógica de construcción de las RISS orientadas por la estrategia de APS y las definiciones programáticas originadas del Foro Nacional de Salud.
5. Cooperar con el monitoreo de políticas públicas y promover el debate de opciones, a través la organización, análisis y disseminación de información y la generación de foros de discusión colectiva entre organizaciones de la sociedad civil, ámbitos académicos, sociedades científicas, gremios y organismos rectores y gestores del SNIS.
6. Fomentar alianzas e iniciativas conjuntas de instituciones nacionales para mejorar la formación, capacitación y actualización de la Fuerza de Trabajo en Salud, e intensificar la participación de profesionales y técnicos uruguayos en eventos y oportunidades de desarrollo de los recursos humanos, especialmente a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), cursos/talleres internacionales, e intercambio entre países.
7. Coordinar, articular y movilizar la cooperación técnica internacional a la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública y la plena implementación de sus espacios/itinerarios de aprendizaje, y respaldar los esfuerzos de las instituciones nacionales responsables por ésta iniciativa, especialmente el MSP y la UDELAR.
8. Facilitar el acceso a la experiencia internacional y cooperar con la elaboración y/o adaptación de marcos conceptuales, normas, metodologías e instrumentos que permitan la integración del enfoque de curso de vida en los diseños programáticos, y en la elaboración de guías clínicas y manuales de buenas prácticas, especialmente en lo relativo a la expansión de los Derechos y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), la Iniciativa de Maternidad Segura, y la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
9. Proveer insumos de interés de la salud pública, a través del perfeccionamiento de los procesos y flujos de programación, adquisición y gestión local del Fondo Rotario del PAI para la Compra de Vacunas, y del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.
10. Sostener y expandir la web de la Representación, las Bibliotecas Virtuales (BVS), la divulgación de publicaciones y documentos oficiales de la OPS/OMS y la utilización de los medios de comunicación y redes sociales, para garantizar el acceso de los profesionales y la población en general a la información oportuna y de calidad.
11. Armonizar acciones con las demás Agencias, Fondos y Programas del Sistema de Naciones Unidas, eliminando duplicación y/o superposición de líneas de trabajo y asignación de recursos, a través de la participación activa en el Equipo País (UNCT) y en “Unidos en Acción”, incluyendo el Grupo Inter-agencial de Desarrollo Social Equitativo del UNDAF/UNDAP y los Grupos Temáticos de VIH-SIDA y de Género, abogando especialmente por la prevención y el fortalecimiento de la respuesta institucional frente a la violencia de género y la discapacidad, y respaldando el accionar gubernamental en la protección social a la infancia, la despenalización de la interrupción del embarazo y la creación del Sistema Nacional de Cuidados.
12. Apoyar la gestión técnica y administrativa de las instituciones nacionales de los préstamos, subsidios y otros aportes de Acuerdos y Convenios firmados por el país con la cooperación bilateral y multilateral, el Fondo de Convergencia

Estructural del MERCOSUR (FOCEM), y el Fondo Global de VIH, Tuberculosis y Malaria (FGATM).

13. Promover y facilitar la cooperación horizontal a través de Proyectos de Cooperación entre Países (TCC/OPS), iniciativas de cooperación bilateral y mecanismos propios de MERCOSUR y UNASUR.
14. Profundizar la Gestión Basada en Resultados y adecuar el equipo técnico y las instalaciones y recursos de la Oficina de País a las prioridades de cooperación definidas en la ECP; promover su evaluación y actualización periódicas en consulta con la ASN y el GOE, y movilizar recursos financieros, materiales, humanos y cognitivos para viabilizar las líneas de trabajo definidas.
15. Consolidar redes de relacionamiento estratégico, programático y técnico-científico, y diversificar los interlocutores, aliados y socios de la OPS/OMS en el país, a través de Convenios, Acuerdos y/o Programas de Trabajo mutuamente acordados.

Montevideo, 7 de Septiembre de 2012.


Jorge Venegas
Ministro de Salud Pública


Eduardo Levkovitz
Representante de la OPS/OMS



Resumen.

Uruguay presenta retos que han sido identificados y priorizados en el proceso de elaboración de la ECP, en un enriquecedor intercambio entre integrantes de la Misión que visitó el país durante setiembre de 2011, el equipo de la Representación, la Autoridad Sanitaria Nacional y referentes de instituciones relevantes en el sector salud.

Las características demográficas de la población uruguaya con acentuado envejecimiento, con una fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo y con mayores tasas en los sectores más vulnerables, y predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles en su perfil de morbimortalidad, interpelan las respuestas programáticas de los organismos que ejercen rectoría en salud, en orden a priorizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado de la primera infancia y la adolescencia desde una perspectiva de curso de vida, como aporte del sector salud a una política integral de población.

El sector salud ha iniciado en los últimos años un profundo proceso de transformación, integrada con otras reformas sectoriales que han constituido una matriz de protección social tendiente a la inclusión social y la reducción de las desigualdades. En ese marco es imperativo el avance en la consolidación del Modelo de Atención innovador en base a redes integradas de servicios de salud que propone el MSP. A la vez que se concretan las integraciones público-público y público-privado, y su complementación en el territorio, es necesario que el modelo integre una adecuada gestión de la red de emergencias y su interfase con un primer nivel de atención fortalecido tanto en el sector público como en el privado; el modelo de atención debe ser además, el vehículo para el desarrollo operativo de los contenidos programáticos en los servicios.

Se percibe la necesidad del desarrollo de un Sistema de Atención Médica a las Emergencias, como estrategia de racionalización y mejora en la eficiencia de recursos, evitando la superposición de emergencias hospitalarias y pre hospitalarias en Montevideo y zona metropolitana, y superando la falta de infraestructura en emergencia hospitalaria y ausencia de servicios de emergencia pre hospitalaria en el Interior del país.

Se ha visto necesario avanzar en la definición de una Política Nacional de Medicamentos con una visión estratégica enmarcada en el SNIS, que se articule con el campo de la Evaluación de Tecnología Sanitaria, en orden a asegurar la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad en la incorporación de innovaciones tecnológicas.

Entre los retos se destaca el fortalecimiento de la Vigilancia en Salud y difusión del Reglamento Sanitario Internacional, así como del incipiente Centro Nacional de Enlace para su articulación interinstitucional; se requiere capacitación en vigilancia epidemiológica, tanto para el nivel operativo como para consolidar un masa crítica que mantenga actualizado un análisis profundo de la realidad nacional y el estudio de tendencias, en orden a definir intervenciones poblacionales acordes a la realidad epidemiológica nacional y las particularidades regionales.

El insuficiente desarrollo de un Sistema de Información interconectado entre las diferentes fuentes de datos de alcance nacional, configura una limitante para generar información oportuna para la evaluación epidemiológica, la toma de decisiones, la evaluación, el monitoreo, la gestión y la rectoría.

En el campo de la participación social en salud se debe asumir la tensión entre espacios con capacidad de decisión y la dinámica de control social. Una perspectiva que acentúe el componente de control social debe resolver la situación dilemática de la participación de los trabajadores en la gestión, que a su vez, como colectivo, deben ser controlados desde los organismos de gestión. Es necesario definir mejor los ámbitos y los procesos de la participación, inclusive los procesos de elección de los representantes sociales en los organismos de conducción.

Se requiere la generación de una masa crítica en el campo de la Salud Pública para conducción del proceso de cambio del sistema de salud; es necesaria la consolidación de actores en la organización que impulsen el desarrollo del cambio de modelo de gestión y atención, con competencias técnicas y gerenciales y con claridad de elementos políticos e ideológicos. Debe asegurarse la dotación de RHuS en los servicios y avanzar en su reperfilamiento para la atención y la gestión en un modelo de atención innovador. Es relevante la potenciación del Observatorio de RHuS.

Es necesario fortalecer la transversalidad de género en las políticas públicas, con énfasis en la superación de desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud, la incorporación de la perspectiva de género en el modelo de atención, y en un contexto de construcción de un Sistema Nacional de Cuidados.

A partir de la identificación de los desafíos que presenta la realidad uruguaya se ha jerarquizado cinco *prioridades estratégicas*, con sus respectivas *esferas principales* en las que la cooperación podrá desarrollarse, a saber:

1. **Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud,**
 - a. Fortalecimiento de rectoría
 - b. Consolidación de un modelo de atención innovador
 - c. Integración y complementación en el territorio
 - d. Implementación del contenido de los programas en los servicios

2. **Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades,**
 - a. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional
 - b. Control de enfermedades transmisibles, zoonosis y seguridad alimentaria
 - c. Mejora en los mecanismos de vigilancia de determinantes sociales y morbilidad

3. **Desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Información,**
 - a. Información para la Rectoría
 - b. Información para la Vigilancia en Salud Pública
 - c. Información para la gestión

4. Consolidación de una Política de Recursos Humanos

- a. Recursos humanos para mejorar la calidad asistencial
- b. Recursos humanos para el monitoreo epidemiológico
- c. Recursos humanos para sostener y gestionar la consolidación del SNIS

5. Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social,

- a. Empoderamiento de actores sociales en torno al proceso de transformación del sistema de salud
- b. Fortalecimiento del accionar intersectorial Estado–Sociedad civil en seguridad vial, equidad de género, condiciones de trabajo, seguridad de los trabajadores de la salud
- c. Sistema de Emergencias y Desastres
- d. Abordaje de las adicciones

La incorporación de las prioridades y enfoques estratégicos acordados con las autoridades nacionales exigirá una adecuación de los recursos humanos y financieros de la Representación, el ajuste de su red de relacionamientos político-institucionales y la conjunción de esfuerzos en la Cooperación Sur-Sur, especialmente con los países sudamericanos.



Sección 1.

Introducción y aspectos metodológicos.

La Estrategia de Cooperación País (ECP/CCS) en Uruguay se basa en los valores fundacionales de la OPS/OMS vinculados a la mejora de la salud de la población y el ejercicio de derechos vinculados con la salud humana, la equidad y la igualdad de género. Contempla los principios fundamentales de la cooperación en la medida que se ha procesado una amplia apropiación por parte de las autoridades nacionales y otros actores sectoriales relevantes, y en el proceso se ha logrado una adecuada concordancia con las prioridades nacionales y el fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se ha contemplado asimismo la articulación con otros organismos de Naciones Unidas en el marco del UNDAF/UNDAP y en el contexto del piloto de reforma “Unidos en la Acción”.

1.1. Objetivos del proceso de elaboración de la Estrategia de Colaboración País (ECP/CCS) 2012-2015

El proceso de elaboración de la ECP/CCS tiene por objetivo definir las grandes líneas de cooperación de la OPS/OMS en Uruguay para apoyar las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, contribuyendo al aumento de capacidades locales, el cumplimiento de acuerdos internacionales y una participación armonizada, integrada, coherente y sinérgica de la cooperación internacional.

1.2. Aspectos conceptuales y metodológicos para la ECP/CCS 2012 - 2015

La intensidad y profundidad de los procesos de cambio del sector salud en Uruguay exigen que la cooperación técnica de la OPS/OMS se desarrolle con una orientación prioritaria de generar, promover e incentivar oportunidades de fortalecimiento de la **Inteligencia Sanitaria** como un proceso continuo de **Descripción/Explicación – Comprensión/Interpretación/Critica – Intervención/Acción Transformadora** sobre todo el conjunto del sector salud del país, sus necesarias alianzas intersectoriales, y sus relaciones internacionales.

La cooperación incide, por una parte, en la dinámica cultural, educativa y científica de la sociedad. Sin producir conocimiento propio de una determinada sociedad y su realidad, no se generará inteligencia para construir argumentos y promover un debate político democrático y productivo. Por otra parte, incide en la dinámica político-institucional, porque el saber y el conocimiento deben ser compartidos y debatidos para llegar a un proceso de negociación y de decisión política. Y finalmente, incide en la propia dinámica sistémico-organizacional del

aparato público, para que las decisiones políticas puedan ser implementadas adecuada y oportunamente.

Es en el desarrollo de la **Inteligencia Sanitaria** donde se ubica con oportunidad, calidad, y compromiso la cooperación de la OPS/OMS, sistematizando, analizando y promoviendo el intercambio de ideas y el debate amplio sobre las intervenciones concretas y los resultados de las políticas públicas.

La infografía de la Figura 1 resume estas características y atributos del **Marco Conceptual de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en Uruguay**:



La Gestión de este proceso debe ser inevitablemente compartida entre la OPS y los principales actores técnico-políticos e institucionales nacionales, en una **Red de Relacionamientos Estratégicos de la PWR-URU**. Durante el proceso de diseño y elaboración de la ECP/CCS 2012 - 2015 se implementó una dinámica de interacción e intercambio de visiones y aportes complementarios de tres equipos de trabajo:

1. La **Misión** de asesores de diferentes áreas de la OPS/OMS estuvo integrada por:
 - José Luis Di Fabio, PWR-Cuba
 - Rosa María Silvestre, CFS/WDC
 - Paulo Lyra, KMC/WDC
 - Esmeralda Burbano, GDR/WDC
 - Enrique Vásquez, HSD/PAR

- Laura Ramírez, HSS/ECU

2. El Grupo de Orientación Estratégica - GOE² (Figura 2) estuvo integrado por:

- Yamandú Bermúdez, Director Gral. de la Salud (DIGESA/MSP)
- Daniel Pazos, Coordinador Gral. de Unidad de Descentralización Territorial (UDT/MSP)
- Ana Noble, Directora Dpto. Programación Estratégica (DPES/MSP)
- Pablo Anzalone, Director División Salud, Intendencia de Montevideo (IM)
- Beatriz Silva, Presidente del Directorio de la Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Gerardo Barrios, Presidente de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV).
- Fernando Tomasina, Decano Facultad de Medicina / Universidad de la República (UDELAR)
- Rosario Oiz, Vicepresidente del Directorio del Banco de Previsión Social (BPS)
- Eduardo Méndez, Director del Centro de Estudios del BPS
- Fernando Filgueira, Representante del UNFPA/UNCT
- Suzanne Serruya en representación de Ricardo Fescina, Director del CLAP/SMR
- Alejandra López, Directora Ejecutiva, Mujer y Salud Uruguay (MYSU)
- Agnes Bonavita, Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI)
- Mariana González, responsable por el Área de Políticas Sociales, AUCI
- Patricia Cabrera, representante de los funcionarios de la PWR/Uruguay

3. El Grupo Coordinador Interno estuvo integrado por:

- Eduardo Levcovitz, Representante OPS/OMS en Uruguay
- Roberto Salvatella, Consultor Regional
- Gustavo Delgado, Oficial Nacional
- Gabriel Antonioli, Profesional Nacional
- Miguel Fernández Galeano, Profesional Nacional
- Mónica Coll, Asistente Administrativa
- Laura Centurión, Secretaria PWR
- Wilson Benia, Relator

² “Strategic Advisory Group – SAG”, como es más frecuentemente conocido.



La actividad presencial con la Misión en Montevideo, que se desarrolló durante la semana del 5 al 10 de octubre de 2011, permitió intercambios con diferentes referentes e instituciones relevantes en el sistema de salud del país, así como interlocutores de otros ámbitos de gran importancia para la articulación del sector salud con una matriz renovada de protección social, tendiente a la reducción de las desigualdades, la atención de población más vulnerable y la implementación de nuevas líneas de acción (Nómina de participantes e instituciones en Anexo 1).

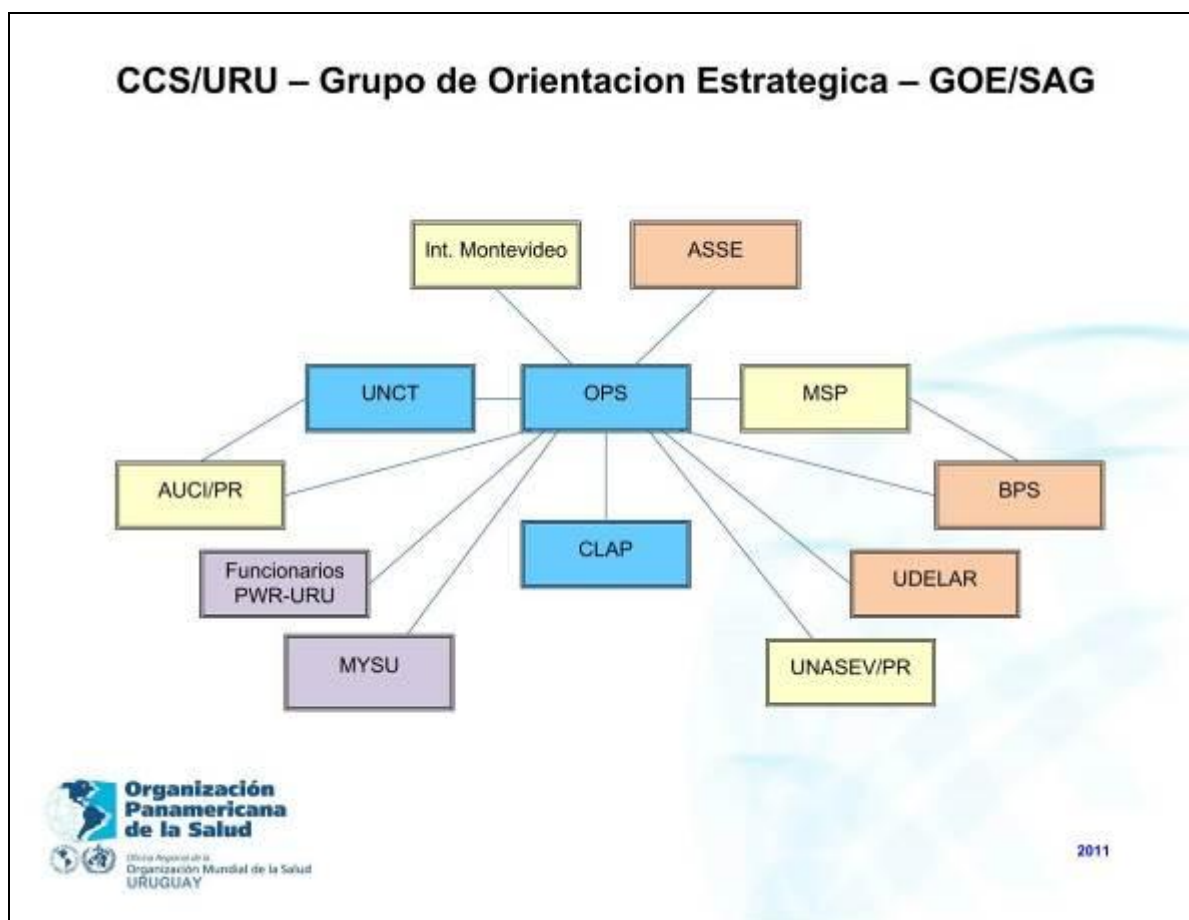


Figura 2. Grupo de Orientación Estratégica. GOE/SAG. CCS Uruguay. 2011.

En el proceso el análisis del Diagnóstico de Situación del presente documento, fue enriquecido y se puso el foco en problemas priorizados en forma consensuada.

Asimismo, una vez identificados los problemas relevantes y una primera aproximación a su entramado causal, se definieron de las grandes líneas de intervención a ser apoyadas desde la OPS/OMS, en coordinación con agencias de cooperación presentes en el país.

Se definió una agenda (Anexo 2) que incluyó:

1. Grupos de trabajo sobre Procesos de Cooperación Técnica:

1. Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Rectoría. Modelo de atención y de gestión. Monitoreo de la calidad de atención. Estrategias de complementación.
2. Evaluación de Tecnología e incorporación de Innovaciones.
3. Política de Recursos Humanos. Estrategias de capacitación a partir del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP)
4. Vigilancia en Salud Pública. Inmunizaciones. Estrategias para la obtención, el análisis y la comunicación de la información.
5. Organización y funcionamiento de las áreas programáticas del Ministerio de Salud Pública, con énfasis en Promoción, Ciclos de Vida y Salud Sexual y Reproductiva.
6. Transversalización de Género en el sector salud hacia la superación de inequidades y el ejercicio pleno de derechos.
7. Seguridad Vial como problema de Salud Pública. Estado de situación y abordajes intersectoriales.
8. Comunicación de Riesgo. Capacitación, métodos y respuestas a situaciones contingentes.
9. Presidentes y Directores ejecutivos de Comisiones honorarias. Especificidades y complementaciones posibles.
10. Gremios y entidades de los Trabajadores de la Salud. Desafíos de la participación y visión del proceso de Reforma desde la perspectiva de los trabajadores organizados.

Las reuniones fueron estructuradas a partir de guías de discusión, preelaboradas y enviadas previamente a los participantes. Más allá de los ejes específicos de intercambio, en todos los grupos se buscó explorar los siguientes tópicos:

- *Contribución de la OPS a Política, Estrategia y Planes.*
- *Prioridades del país y de la cooperación técnica.*

- *Ventajas comparativas y rol facilitador de procesos.*
- *Áreas de intervención.*

2. Instancias para analizar nuevas aperturas de intervención:

- Políticas de Desarrollo. Ministerio de Desarrollo Social. Ministro y Asesores
- ASSE. Presidencia de ASSE y asesores.

3. Reuniones internas con OPS/OMS y Sistema Naciones Unidas:

- Equipo completo de la PWR
- Responsables de Proyectos del PTB 2010-11
- Equipo CLAP/SMR.
- Equipo de País de Naciones Unidas (UNCT)

Con posterioridad a la semana de visita de la Misión, continuaron desarrollándose Encuentros de Trabajo que abordaron las siguientes temáticas:

De profundización con algunos Grupos de Proceso:

- Sistema SNIS
- Programas. Ciclos de Vida/SSR/Promoción

Otros grupos de trabajo sobre Procesos de Cooperación Técnica::

- Promoción y ambientes saludables, en articulación con sectores de Turismo y Deporte.
- Promoción en el campo de la Salud Bucal.
- Vigilancia en zoonosis e inocuidad de alimentos.
- Adicciones y consumo problemático de sustancias psicoactivas. Tabaquismo.

En todos los casos se realizó un registro temático de las reuniones elaborándose actas de resumen, que constituyeron insumos para avanzar en el proceso, la elaboración de los productos intermedios y el documento final.

Sección 2.

Los desafíos de la salud y el desarrollo, los atributos de las políticas y estrategias de transformación del sector salud.

2.1. El contexto macroeconómico, político y social.

La República Oriental del Uruguay tiene una superficie terrestre de 176.215 km² transitable y totalmente utilizable, con una faja costera de tierras bajas y fértiles. El clima es templado y húmedo, con lluvias todo el año con cuatro estaciones con ocasionales heladas y granizos, fuertes vientos, sequías e inundaciones.

La forma de gobierno es democrática representativa, con elección de autoridades cada cinco años y separación de poderes: Ejecutivo, integrado por el Presidente y Consejo de Ministros; Legislativo, con dos Cámaras, Senadores y Diputados; Judicial independiente, compuesto por la Suprema Corte de Justicia y los Tribunales y Juzgados.

El Uruguay está dividido en 19 Departamentos, gobernados por una Junta Departamental y un Intendente. La Ley 18.567 (2009) de Descentralización Política y Participación Ciudadana³, instituyó un tercer nivel de gobierno (89 Municipios).

Existen 4 partidos políticos representados en el Parlamento (Partidos Nacional, Colorado, Independiente y Frente Amplio). En las elecciones nacionales de 2009 volvió a triunfar la coalición de izquierda Frente Amplio que gobernó por primera vez el país en el período 2005-2009. El nuevo gobierno asumió el 1° de marzo de 2010, con mayoría parlamentaria para el período 2010-2014.

En los últimos años el país ha registrado un sostenido crecimiento en su Economía. El PBI creció un 36% pasando de 13.167 en 2004 a 36.830 millones de dólares en el 2010 y el PBI por habitante pasó de 4.003 en 2004 a 11.999 dólares en 2010. La tasa de inflación anual fue de 9,2 en 2008 y 6,9 en 2010.

La población económicamente activa (PEA) de 14 años o más en 2010 era de 64,2%. La tasa de desempleo pasó de 10,9% en 2006 a 6,8% en 2010, siendo 2,7 puntos porcentuales más alta en las mujeres.⁴

La población total de Uruguay en 2010 se estimaba en 3.344.938 con 48,3% de hombres y 51,7% de mujeres. La capital Montevideo concentra el 40% del total de la población. La población urbana en 2009 era del 98,1%. A partir del Censo 2011 se están actualizando estos datos.

³ La Ley 18.567 (2009) de Descentralización Política y Participación Ciudadana. Consultado en <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18567&Anchor> el 12 nov 2011

⁴ Instituto Nacional de Estadística. Consultado el 12 nov 2011 en: http://www.ine.gub.uy/banco_de_datos/act_empydesem/ECH0103.xls

Es una **población envejecida** con una pirámide poblacional con forma de bulbo. En el 2010 el grupo de 0 a 14 años era el 22,8% del total, de 15 a 24 años el 15,6%, de 25 a 60 años el 43,5% y de 60 y más el 17,8%. La población de 80 años y más es el 3,7% con 65,8 % de mujeres

La esperanza de vida al nacer era en el año 2009 de 76,1 años, con una diferencia por sexos de 7 años a favor de las mujeres (79,84). La tasa bruta de natalidad en el año 2009 era de 14,50 nacidos vivos por 1.000 y la tasa bruta de mortalidad es de 9,39 por 1000. La tasa media de crecimiento anual es de 0,348, mientras que la tasa global de fecundidad es de 1,99 hijos por mujer, por debajo del nivel de reemplazo poblacional.

A partir del 2007 se instrumentaron importantes reformas sociales y una reforma tributaria que impactaron positivamente, con un descenso sensible de la pobreza y la indigencia. La población bajo la línea de pobreza era el 32,1 % en el año 2004 y descendió a 18,6% en el 2010. Se destaca el problema infantilización de la pobreza, con el 33,8% de los niños de 0 a 5 años bajo la línea de pobreza en 2010, a pesar del importante descenso respecto a 2004 (56,4%).⁵

RETO 1. Las características demográficas de la población uruguaya interpelan las respuestas programáticas de los organismos que ejercen rectoría en salud, en orden a priorizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado de la primera infancia y la adolescencia desde una perspectiva de curso de vida, como aporte del sector salud a una política integral de población.

2.2. Determinantes socioculturales

En 2009 el IDH era 0,765 ocupando el tercer lugar en la Región de las Américas y el lugar 52 en el mundo.

Educación. Se ha logrado universalizar la educación inicial para niños y niñas de 4 y 5 años, con importante cobertura de los niños de 3 años y varias modalidades de atención integral a través del Plan de Equidad⁶. La cobertura de Educación Secundaria en 2008 era del 70%, por debajo de la meta esperada para la universalización en el 2015. Es un lugar común la insatisfacción con los resultados del sistema educativo. El Plan Ceibal busca acceso a nuevas tecnologías de información con la entrega gratuita de computadores personales portátiles con acceso a Internet, cubriendo la totalidad de escolares; ha comenzando la expansión a la Educación Secundaria y Escuelas Técnicas.

Género. En el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad de género juega un rol relevante el Instituto Nacional de las Mujeres, y la

⁵ INE. Estimación de la pobreza por el método del ingreso. 2010. Consultado 18 octubre de 2011. En: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/estimacion_pobreza_2010/Estimación%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20Metodo%20del%20ingreso%202010.pdf

⁶ PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País, 2009. Consultado 18 octubre de 2011. En: <http://www.undp.org.uy/showNews.asp?NewsId=896>

articulación con organizaciones de la sociedad civil. Se ejecuta el primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos y funciona el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género. A pesar de ciertos avances, se mantienen inequidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo; la tasa de Actividad femenina entre 1990 y 2009 presenta una evolución creciente pero lenta, generando una brecha en el acceso al trabajo remunerado (tasa de empleo femenina: 53,7 y masculina: 74,4 en 2009). La dispar dedicación de varones y mujeres al trabajo no remunerado, hace necesario un sistema integrado de cuidados para superar inequidades. La remuneración media por hora de trabajo de mujeres es 10 puntos porcentuales menor a la de hombres.

Respecto a *violencia de género*, las denuncias anuales por violencia doméstica pasaron de 12.450 en 2008 a 15.277 en 2010, aumentando el 20%. En 2009 hubo 24 muertes de mujeres.⁷ Desde 2007 se implementan equipos de referencia; el proceso fue impulsado desde el Programa de Violencia y Salud configurando una Red de Equipos de Referencia de Violencia Doméstica; en 2009 articulaba 72 Equipos en instituciones públicas y privadas. La indagatoria de rutina sobre violencia doméstica en la historia clínica y posterior consejería en los servicios de salud ha sido relevante.⁸

RETO 2. Es necesario fortalecer la transversalidad de género en las políticas públicas, con énfasis en la superación de inequidades en el ejercicio del derecho a la salud, la incorporación de la perspectiva de género en el modelo de atención alternativo, y en un contexto de construcción de un sistema nacional de cuidados.

Etnicidad. Solo recientemente las políticas sociales han incorporado una lectura crítica sobre las condiciones de vida de la población afrodescendiente y los determinantes de su posición desfavorable respecto de la población no afro: la asistencia los niveles de educación secundaria y terciaria son muy inferiores, el nivel de pobreza es el doble, las condiciones en el mercado de empleo son claramente desfavorables.⁹

Nutrición. Es paradójal la presencia de la desnutrición crónica y carencia de nutrientes esenciales en un porcentaje significativo de niños¹⁰ y mujeres adolescentes embarazadas, a la vez de constatarse una epidemia de sobrepeso y obesidad. La desnutrición es atendida con programas específicos a nivel territorial priorizando los niños menores de 5 años y embarazadas en coordinación con Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional de Alimentación, Intendencias y otros Ministerios.

⁷ Ministerio del Interior. Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad. En <http://www.minterior.gub.uy/index.php/es/observatorio> Consultado 18 de octubre de 2011

⁸ Observatorio de Violencia Doméstica y Salud. Uruguay. Informe 2009. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP. Montevideo. Dic. 2009

⁹ PNUD. Población afrodescendiente y desigualdades étnico raciales en Uruguay. 2008. En: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Afrodescendientes.pdf> Consultado 10 de octubre 2011.

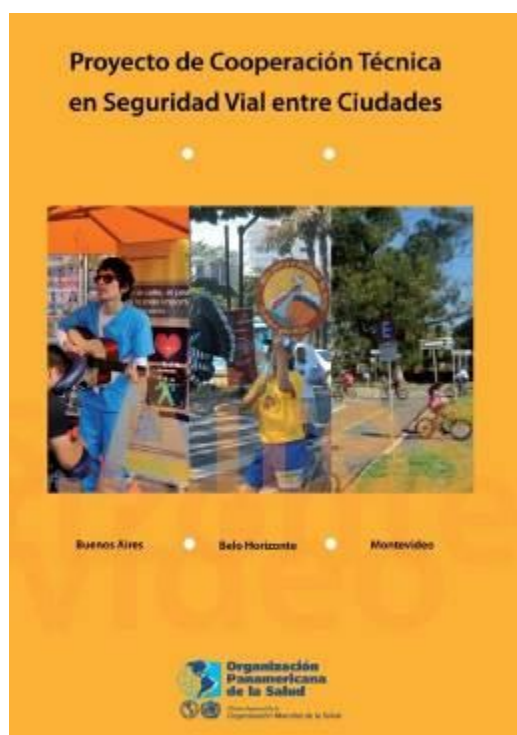
¹⁰ UNICEF. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. Consultado en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf el 12 nov 2011.

2.3. Determinantes ambientales

Agua y Saneamiento. La cobertura de agua potable es del 98% a nivel nacional. El saneamiento por alcantarillado cubre al 78% de la población.¹¹

Contaminantes Orgánicos Persistentes. La Dirección Nacional de Medio Ambiente/Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente implementa el proyecto “Desarrollo de las Capacidades para la Gestión Ambientalmente adecuada de COP’s en Uruguay” dirigido a incrementar acciones y conocimientos sobre estos compuestos. Se importan 6.000 toneladas anuales de *plaguicidas*. El Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina es Centro Colaborador de OPS/OMS en Toxicología Ambiental Humana. El Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca registra más de 1.000 productos comerciales, con casi 300 principios activos. El área de respuesta de emergencias es el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT), de referencia en la vigilancia de las intoxicaciones. Las afecciones agudas vinculadas a plaguicidas son 16,5% de las consultas al CIAT (1.500 a 1.700 al año), estando el 76% asociadas a plaguicidas domésticos; a nivel agrícola el 36% son por insecticidas.¹²

En Seguridad Vial, se ha avanzado en la consolidación de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), desde Presidencia de la República. Se asume la accidentalidad vial como un importante problema de salud pública, asimilable a una epidemia. En 2010 hubieron 28 510 lesionados (5% más que en 2009), con 556 fallecimientos (3,9% más que en 2009) que predominaron en varones (75%) y entre los 15 y 39 años (50%).¹³



¹¹ INE. Principales resultados 2009. Encuesta continua de Hogares. Disponible en : www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados_%202009_Totalv12.pdf

¹² Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Disponible en: www.ciat.hc.edu.uy

¹³ Unidad Nacional de Seguridad Vial. Siniestralidad vial en Uruguay. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/unasev/news/2011/siniestralidad2010.pdf>

En relación a *Emergencias y Desastres* se constituyó por ley el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE) en la órbita de la Presidencia de República, para la coordinación, prevención y atención de desastres, que son estacionales, predominando las inundaciones fluviales. El fortalecimiento de sistemas de registro, la implementación de planes de vigilancia sanitaria específicos, una política energética tendiente a la diversificación y la pequeña escala país, lo sitúan en un lugar privilegiado para implementar planes de acción relacionados al *cambio climático*. Se constatan problemas de articulación entre los servicios médicos de emergencia hospitalaria y pre hospitalaria, generando algunas dificultades en la atención: ineficiencias, superposiciones, saturación de puertas de emergencias, carencias de cobertura en el interior del país.

En materia de Inocuidad de Alimentos, las Enfermedades Transmisibles por Alimentos (ETA) tienen baja incidencia con alrededor de 400 casos al año, el 30% por Salmonella; existe una creciente coordinación entre instituciones privadas, Intendencias, Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), MSP y MGAP. La Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), ha certificado el país como libre de aftosa con vacunación y con ausencia de encefalopatía espongiiforme bovina.

RETO 3: Es necesario el desarrollo de un Sistema de Atención Médica a las Emergencias, como estrategia de racionalización y mejora en la eficiencia de recursos, evitando la superposición de emergencias hospitalarias y pre hospitalaria en Montevideo y zona metropolitana, y superando la falta de infraestructura en emergencia hospitalaria y ausencia de servicios de emergencia pre hospitalaria en el Interior del país.

2.4. El estado de salud de la población

2.4.1. Problemas de salud en los diferentes grupos de población

Salud materna y reproductiva. Uruguay presenta en el contexto regional una de las tasas más bajas respecto a mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna registrada en 2010 fue de 8,5 por 100 000 nacidos vivos¹⁴, pero el cumplimiento del ODM 5 exige alcanzar una tasa de 4 por 100 000 en el año 2015. Desde 2005, las políticas con enfoque de género y derechos, implementaron diferentes líneas de acción: mejora de la calidad de los cuidados y controles en el embarazo, parto y puerperio; cobertura de métodos anticonceptivos gratuitos, inclusive a adolescentes, en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público; implementación del Decreto 369 con estrategia de reducción de daño en abortos en condiciones de riesgo. En el año 2009, la proporción de mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos fue del 77%.¹⁵ A partir de 2008 se

¹⁴ Ministerio de Salud Pública. Comisión para la reducción de la Morbimortalidad de causa Obstétrica – DPES. Informe de mortalidad materna 2010.

¹⁵ UNFPA. Estado de la Población Mundial 2009. Consultado 18 de octubre de 2011 en: http://www.unfpa.org/swp/2009/es/pdf/ES_SOWP09.pdf

priorizó el diagnóstico precoz y tratamiento de las ITS, con énfasis en sífilis y VIH. El acceso universal a servicios integrales e interdisciplinarios de salud sexual y reproductiva es la actual prioridad con la reglamentación de la Ley 18 426 (2008) de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La interrupción voluntaria del embarazo es tema de varios Proyectos de Ley en tramitación en el Parlamento.

Salud en la niñez. La tasa de mortalidad infantil descendió a 7,7 por 1000 en el 2010. La proporción de bajo peso al nacer (menos de 2500 g) en 2005-2008 fue de 8,3%.¹⁶ Las políticas sanitarias enmarcadas en el Plan de Equidad (2007-2015) y en la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA 2010-2030) dan cuenta de articulaciones intersectoriales y esfuerzos de ampliación de la cobertura asistencial por parte del Seguro Nacional de Salud. La continuidad en la mejora de las políticas económicas, sociales y de sanitarias, con énfasis en la atención prenatal, la primera infancia y los grupos en situación de exclusión, permite pronosticar un escenario positivo para la salud de la niñez.

Salud del adolescente. En el anterior período de gobierno se elaboró y puso en marcha un programa específico y guías clínicas de atención integral a adolescentes. Se implementaron espacios adolescentes en los servicios de ASSE y el uso del carné del adolescente en el marco del Plan de Equidad.^{17 18} En el año 2009 el 31,5% de los adolescentes entre 13 y 17 años vivían en hogares situados por debajo de la línea de pobreza. El embarazo adolescente ascendió al 26% en los servicios de ASSE de Montevideo en 2010.

Salud del adulto. El Programa de la Población Adulta tiene un abordaje integral y preventivo, con énfasis en las prestaciones desde el primer nivel de atención. Se han elaborado guías clínicas para las enfermedades más prevalentes. El estudio sobre factores de riesgo para ECNT realizado en 2006, mostró sólo un 2,7 % no expuesto en la población adulta, y el 56,8 % con concomitancia de 3 factores de riesgo o más.¹⁹ La 2a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para ECNT está prevista para 2012/13.

Salud del adulto mayor. Se han definido acuerdos y diseñado normas bajo el formato de reglamentaciones, protocolos y guías para la atención integral del adulto mayor en el ámbito público y privado: categorización de establecimientos que alojan adultos mayores; protocolos para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos (2007); implantación del Carné del Adulto Mayor a nivel nacional como meta prestacional del SNIS/FONASA; diseño de prestaciones prioritarias para el SNIS; publicación de la “Guía de preparación para una Jubilación Saludable” (2008). En 2009 se reglamentó la categorización de las Casas que alojan adultos mayores, los servicios de inserción familiar (SIF) y se elaboró la “Guía para cuidadores que se desempeñan en residencias”.

¹⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Addendum del Informe País Uruguay 2009. Nov. 2010. En: www.undp.org.uy/share/pdf/addendum_odm.pdf Consultado 10 octubre de 2011

¹⁷ MSP. DIGESA. Programa Nacional de Salud Adolescente. Uruguay 2007

¹⁸ MSP. DIGESA. Programa Nacional de Salud Adolescente. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el PNA. Uruguay 2009.

¹⁹ MSP. DIGESA. Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En: www.msp.gub.uy/categoriaepidemiologia_253_1_1.html

Salud de los discapacitados. La prevalencia de la discapacidad alcanza al 7,6% de la población residente en hogares urbanos; se estima en 210.400 las personas con al menos una discapacidad.²⁰ El 17% de adultos mayores de 60 años requiere cuidados para realizar actividades fundamentales de la vida diaria, y solo un 26% lo recibe.²¹ Entre 2007 y 2008 se crearon Unidades de Rehabilitación Básica en 5 departamentos.

SUGERENCIAS PARA UN TRATO ADECUADO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las barreras actitudinales atraviesan al conjunto de la sociedad y se generan a partir de la falta de conocimiento sobre necesidades y derechos, y de la existencia de prejuicios, mitos y estereotipos sobre las personas con discapacidad.

Para construir una sociedad inclusiva para todos y todas, tenemos que empezar por cambiar nuestras actitudes.

SUGERENCIAS GENERALES

Las personas con discapacidad pueden trabajar, estudiar, tener relaciones sociales, formar su familia y ser felices como cualquier persona. No los subestimes ni los prejuices. Evitemos por lo tanto artificialidad, no nosotras de nuestras limitaciones o actitudes sobre protectoras.

Reconocemos que muchas personas como tu tienen esa actitud solidaria ante las personas con discapacidad. Pero ten en cuenta que no todas en todos los momentos pueden ayudar. Depende que lugar por sí mismas todo lo que pueden hacer. No dudemos por ellas, preguntemos siempre que ayuda desean recibir.

Las ciudades pueden convertirse en entornos muy fáciles para personas que tienen limitaciones temporales o permanentes. Un actitud responsable supone pensarse en el lugar del otro.

Personas con discapacidad es el término correcto. No es oportuno utilizar palabras como: personas con capacidades diferentes, lesionados, minusválidos, impedidos.

Es adecuado utilizar alternativas como: legada, ciega, sorda, pobreto, tarado, meningita.

Las personas con discapacidad no se en un grupo homogéneo, tienen distintas necesidades dependiendo de su situación.

Intento de ajustar nuestro comportamiento actuando con sensibilidad.

Hablamos con ellos directamente y no a su acompañante además es una regla básica de educación hacia a las personas.

Miembros del equipo de trabajo

Apoyan:

MIDES, PROMADIS, ONU MUJERES, and other organizations.

2.4.2. Características de la Mortalidad.

El MSP genera información de calidad a partir de los certificados de defunción. La tasa bruta de mortalidad en 2009 fue de 9,62 por 1.000 habitantes (32.179 defunciones).²²

Las ECNT constituyen la principal causa de muerte. En 2008 el 79,45% de las defunciones fueron por cuatro grandes grupos de causas: enfermedades cardiovasculares (30,55%), neoplasias (24,83%), enfermedades del sistema respiratorio (9,21%), causas externas (6,62%).²³ En la mortalidad por cáncer en

²⁰ Ministerio de Desarrollo social. Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. En http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf consultado 10 de octubre de 2011.

²¹ Bagnulo H, Haretche A, Serra J. Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social. In: Calvo JJ, Mieres P. Editores. Nacer, crecer y envejecer en el Uruguay. Montevideo: UNFPA. RUMBOS, 2009

²² Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.gub.uy

²³ MSP. Unidad de Información Nacional en Salud. Defunciones ocurridas y Registradas según Causa de muerte y sexo. Uruguay. 2008. Disponible en: www.msp.gub.uy

varones el primer lugar es del cáncer de pulmón (45,32%), seguido de próstata (22,13%) y colo-recto (11,37%); en mujeres prima el cáncer de mama (22,74%), colo-recto (12,65%), pulmón (6,43%).²⁴

En 2010 la tasa de mortalidad infantil fue de 7,7 por 1 000 nacidos vivos predominando la mortalidad neonatal (4,02 por 1.000). Las principales causas de muerte fueron perinatales (27%) y malformaciones congénitas (21%).²⁵ La tasa de mortalidad en menores de 5 años en 2009 fue de 10,9 por 1 000 nacidos vivos; la meta establecida en los ODM fue su reducción en dos terceras partes: 7,8 por 1 000 nacidos vivos en 2015, para lo cual serán necesarias acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor riesgo de exclusión y estrategias para eliminar inequidades territoriales.²⁶

La mortalidad en adolescentes y jóvenes alcanzó entre 2005 y 2009 a 2 383 fallecidos; el 60% por causas externas (accidentes de tránsito, suicidios y homicidios); 8 de cada 10 eran varones.²⁷

2.4.3. El perfil de Morbilidad.

a) Enfermedades transmisibles.

Enfermedades transmitidas por vectores. No hay casos de Dengue autóctono. En varios departamentos existe *Aedes aegypti*. La vigilancia entomológica con el método LIRAA (Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti*), encontró en 2011 Índices de Infestación Predial (IIP) de hasta 7% de alto riesgo; ello demanda el riguroso plan de prevención con amplia participación intersectorial y comunitaria, con la cooperación técnica de OPS para controlar la infestación.

Enfermedades inmunoprevenibles. El Programa de Inmunizaciones gratuito y obligatorio es exitoso en reducción de incidencia, mantenimiento de cobertura y acceso a la vacunación, introducción de nuevas vacunas y fortalecimiento de la participación pública y privada. Desde 1987 la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes es responsable operativo del Plan Nacional de Vacunación, logrando un 95 a 97 % de vacunación de población objetivo.²⁸

RETO 4: Fortalecer y optimizar las capacidades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en lo relativo a la programación de adquisición de las vacunas, la gestión y las coordinaciones necesarias para asegurar la cobertura y el cumplimiento de los compromisos de pago con el Fondo Rotatorio del PAI.

²⁴ Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Consultado el 10 de octubre de 2011 en: www.urucan.org.uy/ui/layer/ve/mor_04_08/Mort_Principales_sitios_Uruguay_2004_2008_H_M.pdf

²⁵ Ministerio de Salud Pública. La reducción de la tasa de mortalidad infantil en Uruguay 2010. En http://www.msp.gub.uy/uc_4973_1.html Consultado el 18 de octubre de 2011

²⁶ Naciones Unidas Uruguay. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para Uruguay. 2010. Disponible en: <http://www.undp.org.uy/mdggeneral.asp>

²⁷ MSP. Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. 2010.

²⁸ MSP. División de Epidemiología. Enfermedades de Notificación Obligatoria, 2010. Disponible en: www.msp.gub.uy.

Zoonosis. Rabia. No hay casos notificados de rabia humana ni canina. Se avanza en el proceso para lograr el reconocimiento de libre de rabia canina V1 y V2 según las recomendaciones de las REDIPRA X y XIII. En 2007 emergió la rabia paralítica en herbívoros a través de un ciclo silvestre con el *Desmodus rotundus* en los departamentos de Rivera y Tacuarembó, con efectivo control a partir de las estrategias aplicadas por el MGAP.

La *equinococosis quística (hidatidosis)* es endémica en áreas rurales ganaderas, centros poblados pequeños y asentamientos precarios urbanos. En humanos el tamizaje ecográfico en áreas de riesgo, detecta una prevalencia de imágenes quísticas de 1 a 2%. El Programa de Control se encuentra en la órbita de la Comisión Nacional de Zoonosis (Ley 17 930 del 2005); su plan estratégico se desarrolla con abordaje integral en la interfase humano-animal-ambiente y fortalecimiento de la participación comunitaria; cuenta con el apoyo y cooperación técnica del Proyecto Subregional Cono Sur de control y vigilancia de la Hidatidosis con Secretaría Técnica de la OPS.²⁹

En materia de *geohelminthiasis*, las áreas prioritarias son los asentamientos irregulares en zonas urbanas y periurbanas. Un convenio interinstitucional entre la Intendencia de Montevideo y la Facultad de Medicina (UDELAR), ha permitido entre 1999 y 2008 el tamizaje en 6 205 niños de 0 a 3 años de centros de cuidado diurno, con una prevalencia de 8%, e incidencias anuales de 5,4% en el 2000 a 9,8% en 2008. Estudios en algunas escuelas de la periferia capitalina han mostrado hasta un 75% de prevalencia.³⁰

VIH/Sida. Las acciones a nivel nacional mantienen una baja prevalencia del VIH en población general de 0.42 % para 2008-2009. La epidemia se concentra en grupos vulnerables (trabajadores sexuales, Hombres que tienen Sexo con Hombres y personas privadas de libertad). El 54,1% de los casos entre 2005 y 2010 correspondió a varones. La tasa de mortalidad por SIDA en 2009 fue de 5,05 por 100000. En 2009 el 75% de los casos nuevos de VIH fueron en Montevideo y el 25% en el resto del país. Desde 1997 la reglamentación establece el acceso universal al tratamiento antirretroviral, pero se estima una cobertura del 83%.³¹ Los desafíos actuales son bajar los costos de la medicación, facilitar el acceso de la población más vulnerable con servicios más amigables, con capacitación para consejería en todos los niveles y la promoción del diagnóstico oportuno. A ello contribuirá el Proyecto “Hacia la Inclusión Social y el Acceso Universal a la Prevención y Atención Integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay” aprobado por el Fondo Global para SIDA, Tuberculosis y Malaria en la Ronda 10 y la continuidad de cooperación con el Grupo Temático de ONU y la CONASIDA.

²⁹ Comisión Nacional de Zoonosis – Plan estratégico 2006-2009. En: www.zoonosis.gub.uy

³⁰ Da Rosa D; Acuña AM; Cabrera MJ; Figueredo E; Zanetta E; Calegari L. Datos de las Geohelminthiasis en el Uruguay” Informe a OPS. Intendencia de Montevideo. 2011.

³¹ MSP. Reporte Epidemiológico de VIH-SIDA. Diciembre 2010. Programa ITS/SIDA. Disponible en: www.msp.gub.uy

Influenza H1N1. Durante la pandemia un Plan Nacional de Contingencia intersectorial, con aporte de OPS, permitió que la vigilancia (epidemiología y laboratorio) y la atención funcionaran adecuadamente. Una alta magnitud de atención domiciliaria de pacientes por efectores extramurales evitó que se produjeran colapsos hospitalarios; hubo gran receptividad para la vacunación. Está en marcha un proyecto de vigilancia en IRAG con apoyo OPS que fortalecerá la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta de laboratorio.



b) Enfermedades no transmisibles.

La Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT (2006) en población urbana adulta (25-64 años) con metodología STEPS de OPS/OMS, mostró *Hipertensión* en el 30,4% (33,4% en hombres); sobrepeso y/o obesidad en el 56,6% (60,1% en varones); colesterol elevado de 29,2%.³²

³² MSP. DIGESA. Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En: www.msp.gub.uy/categoriaepidemiologia_253_1_1.html

Las *enfermedades cardiovasculares* predominan en la morbilidad de población adulta y adulta mayor. Ha mejorado el control de la enfermedad coronaria: nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento; instalación de unidades coronarias fijas y móviles. Es deficitario el control y seguimiento de la hipertensión arterial.

Diabetes. La Encuesta Factores de Riesgo de 2006, reveló una prevalencia de glucosa en sangre elevada del 5,5% (6,2% hombres). Se estudia un Proyecto de Ley de un Programa Nacional de Diabetes para prevención, calidad de servicios de salud de calidad, promoción de estilos de vida saludable y un Registro Nacional de Diabetes.

Cáncer. El Registro Nacional de Cáncer estima incidencia y tendencias. En varones predomina el cáncer de próstata (55,7 por 100.000) y en mujeres el de mama (71,3 por 100.000).³³ En los egresos hospitalarios de 9 instituciones privadas en 2009 los tumores eran el 7,8%.³⁴ En prevención y atención funciona la Red Oncológica Nacional. Se publicó el Manual de Cuidados Paliativos en Oncología en el PNA (2008).

c) Enfermedades nutricionales.

En la población de 24 a 64 años el sobrepeso y/o obesidad alcanzan el 56,6% (60,1% en varones). El consumo de frutas y/o verduras es insuficiente en el 85% de la población según datos de 2006.³¹ En niños de hasta 24 meses en 2007 la prevalencia de retraso del crecimiento ascendía a 11,3%, el déficit de peso a 3,4%, la emaciación a 1,9% y la obesidad a 8,5%.³⁵

d) Trastornos mentales.

En Salud Mental se han reformulado planes de control y monitoreo, generación de guías e indicadores, e implementación progresiva de prestaciones por el SNIS. La tasa de suicidios ascendió a 17 por 100 000 en el último quinquenio.

e) Salud Bucal.

La integración del componente salud bucal en el SNIS está determinada por la normativa vigente a través de decretos en el año 2008 y la definición de prestaciones obligatorias para todos los efectores de salud, incluidas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). En 2010, una población de 4.817 niños mostró un 33,9 % de cavidad de caries en dientes permanentes y 39,3 % en dientes temporarios.

f) Factores de riesgo y protección.

Drogas. La estrategia nacional es impulsada desde la Junta Nacional de Drogas, en su responsabilidad de construir políticas públicas y asegurar los derechos y garantías individuales y colectivas. Se ha conformado el Plan Nacional integrado de Lucha contra el Narcotráfico y el Lavado de Activos.

³³ Barrios E y cols. III Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay. 2002-2006. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 2010.

³⁴ MSP. Informe de Egresos Hospitalarios 2009. Disponible en: www.msp.gub.uy

³⁵ UNICEF. Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. Consultado en: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf el 12 nov 2011.

Los equipos de salud han construido la Red de Atención en Drogas con la implementación de centros especializados.

Tabaquismo. Según Datos del CMCT (Convenio Marco de la OMS) la prevalencia de tabaquismo bajó de 32% en 2006 a 24% en 2009, como consecuencia de la ley 18 256 de control del tabaco. La exposición laboral al humo del tabaco disminuyó de 36% a 17%. Los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio disminuyeron en un 17%.

Alcoholismo. Se destaca que el abuso de alcohol³⁶ es más frecuente en varones (17,4%) respecto de las mujeres (7,9%); se ven mayores niveles de abuso en varones de 25 a 34 años (23,3%) y en mujeres de 35 a 44 años (8,7%). *Actividad física.* El sedentarismo afecta al 35% de la población; un 38% tiene un alto nivel de actividad física. Las mujeres son más sedentarias (40,7%).

RETO 5: Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud y difusión del Reglamento Sanitario Internacional, así como del incipiente Centro Nacional de Enlace para su articulación interinstitucional; se requiere capacitación en vigilancia epidemiológica, tanto para el nivel operativo como para consolidar un masa crítica que mantenga actualizado un análisis profundo de la realidad nacional y el estudio de tendencias, en orden a definir intervenciones poblacionales acordes a la realidad epidemiológica nacional y las particularidades regionales.



³⁶ Abuso por ingesta (binge drinking): En varones: 5 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días. En mujeres: 4 o más vasos de bebida alcohólica en un día, en los últimos 7 días.

2.5. Respuestas nacionales ante los desafíos sanitarios. Políticas públicas, sistema de salud y de protección social en salud.

Se registran avances significativos hacia el *aseguramiento universal* en salud en el marco de proceso de cambio estructural iniciado en 2008. La “*Reforma de Salud*” promovió cambios en el modelo de gestión, de atención y de financiamiento y dos herramientas para su implementación y sostén: el *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)* como expresión organizativa y funcional de la red asistencial público privada de servicios y el *Fondo Nacional de Salud (FONASA)* para el financiamiento a través de fondos conglomerados en un seguro público obligatorio. Los cambios en salud se acompañaron con una reforma tributaria y la construcción de una nueva *matriz de protección social* que expresó una decisión política de redistribución del ingreso, con un proyecto estratégico de justicia social, equidad y desarrollo sostenible, respondiendo a la emergencia y necesidad de protección social en los sectores más vulnerables.

Respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se han constatado avances dispares en la aproximación a las metas planteadas para el 2015. En lo referente al ODM 1, se destaca que la pobreza y el hambre están en descenso, configurando los niños y jóvenes el grupo menos favorecido por los avances; la pobreza entre los menores de 6 años (37,8%) prácticamente duplica la observada en la población general.

En el ODM 2, el gran desafío es la educación de nivel secundario y superar las desigualdades según el nivel de ingresos; si bien en 2006 se registraba que el 94,4% culminaba 5º año de educación primaria, entre el quintil más pobre de la población de 18 a 20 años el 13,8% no había logrado terminarla; la culminación del ciclo básico es un 40% más baja en los jóvenes más pobres, respecto de los pertenecientes al quintil de mayores ingresos; en lo que refiere al egreso de la educación media superior, es casi 5 veces menor entre los más pobres.

En lo que refiere al ODM 3, debe destacarse que la meta nacional se ha planteado en términos de *eliminar las disparidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo y en los niveles decisorios públicos y privados*; si bien hay avances se mantienen inequidades que se expresan en la desigual distribución del trabajo no remunerado, la brecha salarial y la baja representación en cargos políticos.

Respecto al ODM 4 son notorios los avances del país en lo que refiere a la mortalidad infantil que alcanzó en 2010 el 7,7 por mil nacidos vivos como se mencionó antes, si bien persisten brechas reducibles de mortalidad.

El ODM 5 de *mejorar la salud materna*, ha mostrado avances en el logro de la meta plantada ya que la tasa de mortalidad materna descendió de 38 por 100.000 nacidos vivos en 1991 a 8,5 por 100.000 nacidos vivos en 2010; permanecen como desafíos la captación precoz del embarazo y el adecuado control del mismo, particularmente entre las mujeres más pobres, así como la extensión del control puerperal y la legalización del aborto voluntario.

Respecto al ODM 6 debe señalarse que ha aumentado en el país el acceso a los antirretrovirales por parte de las personas que viven con VIH-Sida.³⁷

³⁷ Uruguay Social. Consejo Nacional de Políticas Sociales. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Addendum al Informe País Uruguay 2009*. Montevideo 2010

2.5.1. Rectoría. Políticas de salud y salud en todas las políticas.

La conformación del SNIS y el FONASA, hizo posible consolidar el ejercicio de la rectoría por parte del MSP y la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Se firman contratos de gestión con prestadores públicos y privados, controlando su cumplimiento, garantizando la calidad de la atención, con potestades sancionatorias de no cumplirse los objetivos, programas, criterios de inclusión de las prestaciones acordados para asegurar la integralidad y calidad de las prestaciones, como los avances en la consolidación de los cambio de los modelos de atención y de gestión.³⁸ El pago por metas asistenciales determina que los prestadores deben cumplir con el control de sus usuarias embarazadas y los controles gratuitos de niños hasta 14 meses, entre otras.

El MSP mantiene sus competencias indelegables en la rectoría sobre la conducción, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), la regulación, habilitación y acreditación de servicios y profesionales de salud; la JUNASA hace la vigilancia de la cobertura, la articulación del financiamiento y regula la provisión de los servicios.

RETO 6: En el campo de la participación social en salud se debe asumir la tensión entre espacios con capacidad de decisión y la dinámica de control social. Una perspectiva que acentúe el componente de control social debe resolver la situación dilemática de la participación de los trabajadores en la gestión, que a su vez, como colectivo, deben ser controlados desde los organismos de gestión. Es necesario definir mejor los ámbitos y los procesos de la participación, y cómo asume el sistema un perfil corporativo de participación, más allá de los componentes democráticos en la elección de los representantes sociales en los organismos de conducción.

2.5.2. Servicios de salud. Desempeño del sistema de salud.

En marzo de 2010 se decidió la ampliación gradual de la cobertura por FONASA y la mejora de la calidad asistencial en la “Segunda Etapa de la Reforma del Sistema de Salud”. Entre los cambios en el modelo de gestión y en el diseño de la nueva institucionalidad se destaca la descentralización la ASSE y la acción de la JUNASA (integrada por representantes de MSP, Ministerio de Economía y Finanzas, Banco de Previsión Social y representantes de trabajadores, usuarios e instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios) que firma Contratos de Gestión con los prestadores públicos y privados cuyas cláusulas fundamentales promueven la estrategia de APS, determinan las garantías explícitas del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) y las Metas Prestacionales que evalúan el desempeño según las prioridades asistenciales definidas por el MSP. También ASSE firma compromisos de gestión con sus unidades ejecutoras a efectos de garantizar las mejoras en la atención sanitaria.

³⁸ Ministerio de Salud Pública. En www.msp.gub.uy/ucjunasa_2207_1.html consultado el 18 de octubre de 2011

En cuanto al cambio en el modelo de atención se avanza en la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) Renovada, en la promoción de la participación social y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Se impulsan un conjunto de intervenciones integrales e integradas desde los servicios de salud que conforman el SNIS, fomentando las redes de base territorial local entre diferentes instituciones.

RETO 7: Consolidación del Modelo de Atención innovador en base a Redes Integradas de Servicios de Salud definido en la legislación del SNIS. A la vez que se concretan las integraciones público-público y público-privado, y su complementación en el territorio, es necesario que el modelo integre una adecuada gestión de la red de emergencias y su interfase con un primer nivel de atención fortalecido tanto en el sector público como en el privado; el modelo de atención alternativo debe ser además, el vehículo para el desarrollo operativo de los contenidos programáticos en los servicios.

2.5.3. Gasto en salud y financiamiento.

El Gasto en Salud creció 23,1% entre los años 2004 y 2008, alcanzando unos 2 410 millones de dólares en 2008 lo que representa el 7,5% del Producto Interno Bruto (PIB). El gasto per cápita en salud creció 22%.³⁹

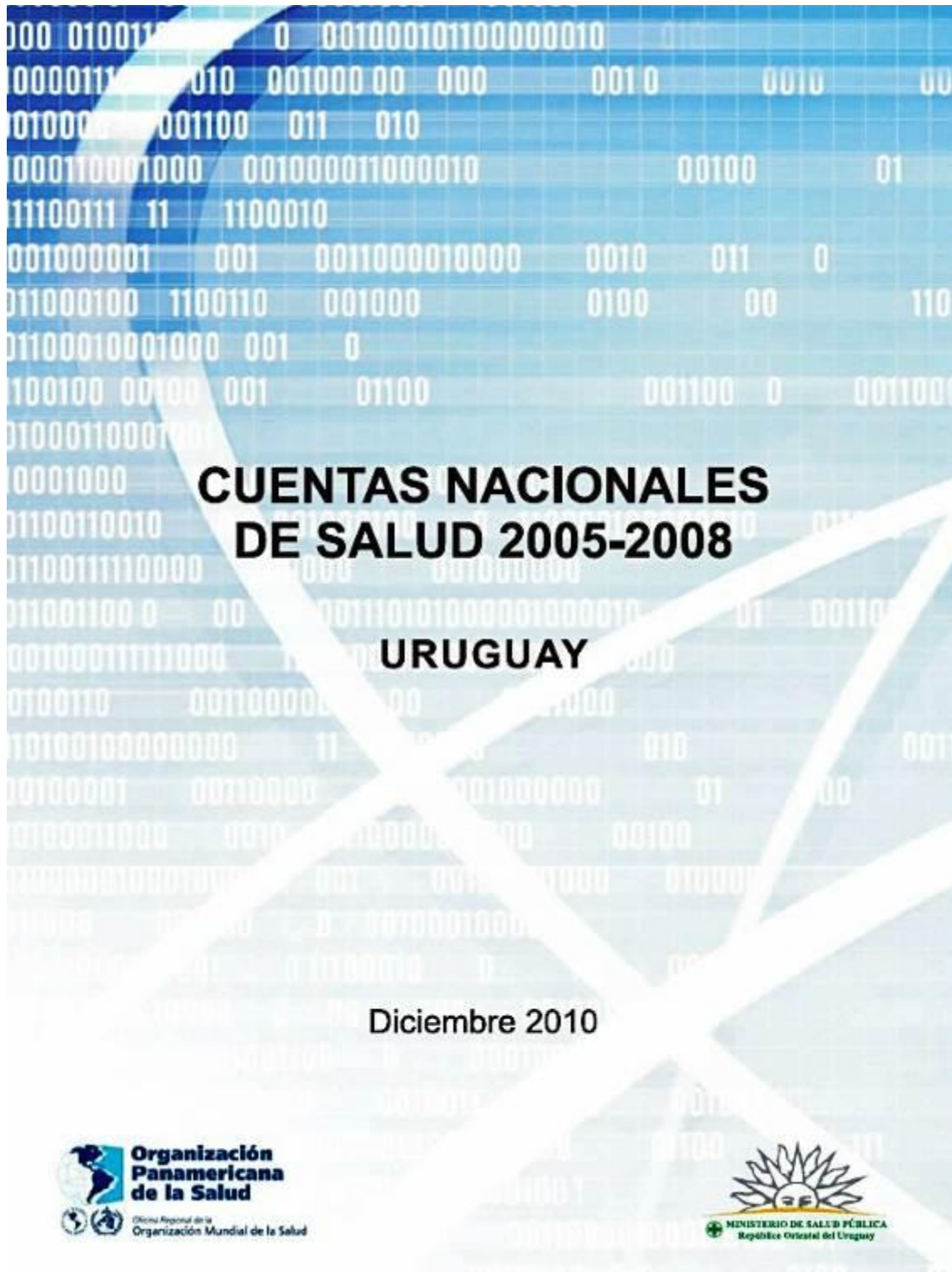
El FONASA redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con una menor utilización de los servicios de salud (menor riesgo asociado a la edad y el sexo) hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Se eliminó la distorsión que genera la “selección adversa” de los usuarios y se fortalece la solidaridad intergeneracional.

Es posible confirmar avances de justicia social en la distribución del gasto. El punto de partida en 2005 era un gasto por usuario en los prestadores privados de 45 dólares por mes y un gasto por usuario en ASSE de 14 dólares por mes, con una relación 3 a 1. Para lograr superar esta situación, el presupuesto de ASSE pasó de 190 a 690 millones de dólares anuales desde el 2005 al 2011. La ampliación de la cobertura por el FONASA disminuyó la población usuaria de ASSE; el sistema habilita la libre elección de los servicios y la amplia mayoría optó por las instituciones privadas de atención pesando un aspecto cultural de que los servicios públicos son el destino asignado a los más pobres y la internalización cultural de que lo público es de menor calidad. La distribución del gasto 2010 fue de 48 dólares por mes por usuario a nivel privado y de 41 dólares en ASSE, con una relación de 1,2 a 1. La mejora del presupuesto instala en ASSE el desafío de que su adecuada gestión posicione a la institución como un referente de calidad e integralidad en la atención.

Los cambios en el sistema de salud permitieron también una mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud con eliminación total para procedimientos priorizados o la reducción parcial de los copagos/tasas moderadoras (órdenes y “tickets”), que operan como una barrera económica de acceso a los servicios.

³⁹ Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales en Salud 2005-2008. Montevideo: MSP; dic. 2010

RETO 8: Profundizar el análisis sobre el financiamiento y el soporte fiscal del SNIS, abordando aspectos vinculados a ventajas y desventajas de la extensión de la financiación por FONASA para la cobertura de todos los usuarios de ASSE y demás prestadores públicos, así como la sostenibilidad de los gastos que implican la incorporación de tecnología, la adecuación de la dotación de recursos humanos, y la eliminación de las barreras económicas al acceso de servicios que aún persisten en el sector privado (Tasas Moderadoras/Tiquetes)



2.5.4. Políticas de desarrollo de recursos humanos.

Desde 2009, el MSP ha completado un registro de la cantidad y tipo de RHuS disponibles en el sistema de prestación público y privado, comenzando con el Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud (2008)⁴⁰, y se planifica un censo en enfermería en 2011 en cooperación con la OPS. Muy valiosa es la serie de documentos de la División de Recursos Humanos: Caracterización de los Recursos Humanos del Sector Salud (2008) y el Informe Recursos Humanos en Salud de 2010.

Según datos oficiales respecto a recursos de enfermería hay 12.253 personas contratadas en el sector privado y 7.331 en ASSE, y en recursos médicos, son 9.791 personas contratadas a nivel privado y 5.948 en ASSE.

En 2010 el MSP priorizó el desarrollo de los recursos humanos en salud, con la creación de la División Recursos Humanos, que adoptó un modelo que toma el doble componente de la formación/capacitación y la gestión de los Recursos Humanos en Salud (RHuS). Las incipientes iniciativas para orientar la formación de RHuS hacia un modelo de atención basado en APS suponen un desafío en un SNIS público-privado.

Hay desproporciones dentro de la fuerza de trabajo en salud, asociada a una distribución geográfica heterogénea. Si bien se reconoce el valor de un equipo multiprofesional, no existe un Plan Estratégico para su integración organizativa y funcional al sistema. La provisión de servicios es fragmentada, lo que dificulta la reorganización de los RHuS.

Las carreras en salud de la UDELAR proveen al MSP y ASSE una base de datos y análisis de la formación en volumen y competencia de las profesiones y carreras técnicas en el país.⁴¹

Entre las líneas de trabajo priorizadas, figuran:

Nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) El MSP, ASSE y UDELAR han desarrollado cursos temáticos sobre APS, RHuS, Determinantes Sociales, Desarrollo Local y Formación de Tutores en Red.

Observatorio de RRHH: En acuerdo interinstitucional con la UDELAR, ASSE, y BPS, el MSP lo lidera.

Reforma curricular en el grado y el posgrado, para adaptarlos a los requerimientos del cambio en el modelo de atención, especialmente la consolidación y profundización del nuevo Plan de Estudios de Grado en Medicina, y la constitución del Instituto de APS.

Capacitación en gestión de sistemas de salud, en niveles nacional y departamental, y de Redes Integradas de Servicios (RISS).

⁴⁰ Ministerio de Salud Pública. Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3891,18400>

⁴¹ Núñez S. La formación en el área de la salud de la Universidad de la República. MSP. SNIS. En: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5329,21034>

Reperfilamiento de profesionales de primer nivel de atención para su alineamiento a los requerimientos de los contratos de gestión y las metas asistenciales (ASSE, Intendencias, Privados).

RETO 9: Se requiere la generación de una masa crítica en el campo de la Salud Pública y el Gobierno en Salud para conducción del proceso de cambio; es necesaria la consolidación de actores en la organización que impulsen el desarrollo del cambio de modelo de gestión y atención, con competencias técnicas y gerenciales y con claridad de elementos políticos e ideológicos. Debe asegurarse la dotación de RHuS en los servicios y avanzar en su reperfilamiento para la atención y la gestión en un modelo de atención alternativo. Es relevante la potenciación del Observatorio de RHuS.

2.5.5. Medicamentos y tecnología para la salud.

La legislación ha introducido la posibilidad de utilización de medicamentos genéricos y la sustitución de marcas. El uso racional, la prescripción adecuada y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias según costo-efectividad muestran avances. Se desarrollan competencias institucionales para promover la transferencia tecnológica, la innovación y el manejo adecuado de los aspectos relacionados con la Propiedad Intelectual. Se generó una acción colaborativa en red (Red Interinstitucional sobre Transferencia Tecnológica e Innovación en Salud - RITTI) conformada por diferentes agencias y espacios de cooperación técnica con la Agencia Nacional de Innovación e Investigación -ANII, el Laboratorio Tecnológico del Uruguay - LATU, el Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM), el Fondo Nacional de Recursos -FNR, MSP y UDELAR.

El avance y el crecimiento exponencial de la tecnología exigen afrontar los riesgos financieros que suponen la cobertura asistencial y financiera de las “enfermedades catastróficas” y el acceso equitativo a la Medicina Altamente Especializada y de alto costo. El FNR esta plenamente consolidado como un fondo centralizado de financiamiento, complementario e independiente financiera e institucionalmente del FONASA, que da cobertura de un vasto conjunto de prestaciones de medicina altamente especializada. El control de calidad del FNR se ha acompañado de programas preventivos y de control de factores de riesgo de las patologías cubiertas; los programas de cesación de tabaquismo, salud renal, salud cardiovascular son ejemplos exitosos.

RETO 10: Es necesario avanzar en la definición de una Política Nacional de Servicios Farmacéuticos, Medicamentos y Tecnologías Medicas con una visión estratégica enmarcada en el SNIS, que se articule con el campo de la Evaluación de Tecnología Sanitaria, en orden a asegurar la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad en la incorporación de innovaciones tecnológicas.

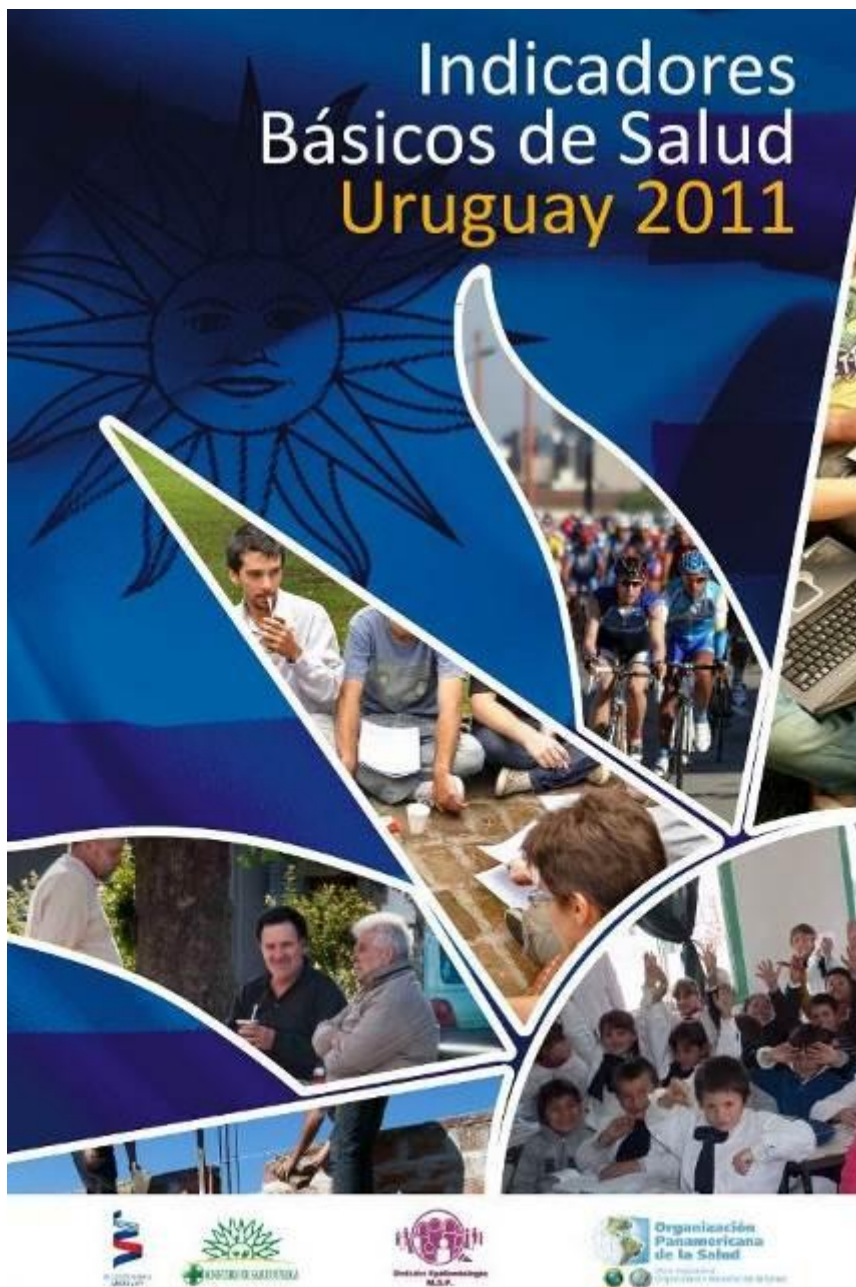
2.5.6. Conocimiento, Información y gestión de recursos.

Se constatan carencias en la producción de conocimientos sobre salud pública. Uruguay cuenta con dos protagonistas con potencialidad en este campo: la UDELAR, que a través de las Facultades del Área de la Salud, particularmente la Facultad de Medicina, ha realizado esfuerzos por crear espacios y aportar recursos para la generación de conocimiento; y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) que desde su instalación hace 6 años contribuye crecientemente a los objetivos de diseñar, organizar y administrar planes, programas e instrumentos orientados al desarrollo científico-tecnológico y al fortalecimiento de las capacidades de innovación, y articular y coordinar actores en la creación y utilización de conocimientos para potenciar sus sinergias y optimizar los recursos disponibles. Cuenta además con un Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (PENCTI) sustentado en un Gabinete de Innovación. Sin embargo, no se ha logrado colocar los temas y objetos de investigación vinculados a la salud pública, en un lugar jerarquizado de la agenda pública de investigación ni construir espacios de debate productivo para la generación de conocimiento o definiciones políticas sobre las líneas de acción a impulsar en este campo.

Existe una muy alta penetración en telecomunicaciones. En 2010 la Unidad Reguladora de Servicios de Comunicación, indicó 383.000 usuarios de servicios de acceso a Internet (banda ancha fija) y 453.000 servicios de acceso a Internet móvil (banda ancha móvil). Hay 491.000 suscriptores a la televisión para abonados (cable o aire); la totalidad del territorio nacional es alcanzado por las radioemisoras; más del 90% de la población accede a las emisiones de televisión abierta. Estas herramientas de comunicación son un fuerte soporte para desarrollar la Información en Salud, aún con bajo índice de uso en ese sentido.

No se cuenta con un Sistema de Información de alcance nacional sobre morbilidad, y el suministro de Datos Básicos para organismos internacionales fue irregular hasta el 2009, con una tendencia de regularización a partir del 2010.

RETO 11: El insuficiente desarrollo de un Sistema de Información interconectado entre las diferentes fuentes de datos de alcance nacional, configura una limitante para generar información oportuna para la evaluación epidemiológica, la toma de decisiones, la evaluación, el monitoreo, la gestión y la rectoría.



2.6. Aportaciones del país al programa de acción sanitaria regional.

Uruguay tiene una fuerte tradición de participación activa en la diplomacia internacional, basada en el fomento y defensa del multilateralismo, y del Sistema Naciones Unidas.

Las 14 agencias y fondos “residentes” del Sistema NNUU participan en el proyecto-piloto “Unidos en la Acción” de reforma de la ONU, orientado por el UNDAF – Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011-2015, y su correspondiente Plan de Acción- UNDAP, organizado en 4 Áreas Prioritarias: Diversificación productiva e inserción internacional, Desarrollo sustentable, Desarrollo social equitativo, y Gobernabilidad democrática y derechos humanos. Uruguay es el único país de las Américas participando de

este piloto. Los únicos “donantes” significativos de recursos internacionales al Sistema NNUU en Uruguay son la Comisión Europea y AECID, que aportan la sus recursos a través del “Fondo de Coherencia” de Unidos en la Acción.

ACTIVATE!

EL CAMBIO ESTÁ EN VOS



NO MÁS VIOLENCIA CONTRA MUJERES Y NIÑAS



Por tratarse de país de ingresos medio-altos con elevado IDH, y “graduado” por las Instituciones Financieras Internacionales, en los últimos años Uruguay ha dejado de ser receptor de fondos de “ayuda internacional” para situarse como un socio de la comunidad internacional para el desarrollo. La reciente creación de la Agencia Uruguaya para la Cooperación Internacional (AUCI), vinculada a la Presidencia de la República, con funciones de coordinación intersectorial de la cooperación, es emblemática de este cambio.

En salud existen dos grandes proyectos: un crédito de 25 millones de dólares del Banco Mundial para el Proyecto de Prevención de Enfermedades Crónicas – PPENT (2008-2012), y la recién aprobada Propuesta al Fondo Global para SIDA, Tuberculosis y Malaria, por un monto de 7.6 millones de dólares para ejecución del 2012 al 2017.

En el marco del SGT11 del MERCOSUR hay significativos avances en la integración de los Sistemas de Vigilancia y Respuesta, en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) – 2005, inicialmente del Cono Sur y ampliándose a toda Suramérica.

También se han establecido varios mecanismos de intercambio bilateral de servicios de salud en áreas de fronteras, particularmente con Río Grande do Sul - Brasil, y proyectos e iniciativas de cooperación sur-sur en el campo de capacitación de RRHH.

2.7. Síntesis y perspectivas.

Uruguay es un país con una dinámica económica en la cual no han tenido impactos relevantes las crisis económicas mundiales del último decenio, con población reducida y buenos indicadores socio-sanitarios. Se identifican aspectos de la realidad sanitaria que configuran oportunidades y desafíos, que se presentan en el Cuadro 1.



Cuadro 1.

Logros, oportunidades y desafíos sanitarios clave

Logros y oportunidades
<ul style="list-style-type: none">▪ Avance del Sistema Nacional Integrado de Salud. El sector salud impulsa un modelo de atención innovador tendiente a eliminar factores de riesgo y determinantes sociales, sin descuidar la calidad y la continuidad de la atención; debe avanzarse en su consolidación, con énfasis en el desarrollo de la APS y las RISS, y el fortalecimiento de la salud pública.
<ul style="list-style-type: none">▪ Modelo de Atención. En la presente administración el MSP ha puesto énfasis avanzar hacia un modelo de atención integral e integrado, con expansión cuantitativa y cualitativa del PIAS y eliminación/reducción de los copagos/"tasas moderadoras".
<ul style="list-style-type: none">▪ Participación Social en Salud. El Decreto 237/11 que establece la creación de las Juntas Departamentales y Municipales de Salud, abre un campo relevante de desafíos para la participación social y la planificación local en salud
<ul style="list-style-type: none">▪ Territorialización. La distribución en el territorio de efectores de Primer Nivel de Atención tiene avances en el sector público, pero puede configurar un eje prioritario del SNIS impulsando una reestructuración de sector privado, que permita desconcentrar servicios hacia diferentes zonas de las grandes ciudades y las pequeñas localidades del interior.
<ul style="list-style-type: none">▪ Universalización y financiamiento del Sistema. Los ajustes del financiamiento se orientan a la convergencia progresiva del componente contributivo de seguridad social aportado al FONASA, con los aportes tributarios generales del país, y traducen una profundización de la estrategia nacional de extensión de la protección social en salud en dos vertientes: la aceleración de expansión de cobertura del SNS/FONASA en dirección a la universalidad, y el incremento de la solidaridad, equidad, sostenibilidad, y función redistributiva de la política pública de salud, por la creciente participación de recursos no contributivos en la composición financiera del FONASA, la desvinculación de la cobertura basada en la situación laboral y previsional de los beneficiarios, y más garantías de acceso a los servicios del SNIS.
<ul style="list-style-type: none">▪ Matriz de Protección Social. Se implementa y fortalece una matriz de protección social intersectorial con intervenciones tendientes a priorizar la atención en el período prenatal y la primera infancia, la estimulación temprana y la disminución de inequidades y el desigual ejercicio de derechos entre diversos sectores de la población.
<ul style="list-style-type: none">▪ Sistema Nacional de Cuidados. Está en curso la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, sobre el cual se ha instalado un debate nacional intersectorial.

Desafíos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envejecimiento poblacional. Es notorio y creciente el envejecimiento poblacional, con una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo poblacional.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados e inequidad de género. La población con discapacidades y la inequidad de género respecto al rol de cuidadoras asignado a las mujeres que deviene en dificultades para su inserción laboral.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población y pobreza. La reproducción biológica y social de la población en importantes proporciones se desarrolla en los sectores más vulnerables.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morbilidad y modelo de atención. Alta prevalencia de ECNT que exige un modelo de atención centrado en la promoción de salud y prevención
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistencia de la fragmentación. El proceso de transformación del sistema de salud ha sido exitoso para disminuir la segmentación pero persisten problemas en lo referente a la fragmentación de servicios.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redes y complementación. La complementación y articulación público-privada en las redes territoriales es un área en la cual se puede avanzar mucho. Es imperativo ampliar y apoyar técnica y políticamente las experiencias de complementación público-privado y público-público.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rectoría y fiscalización. El fortalecimiento de la tarea fiscalización por parte del organismo rector de las prestaciones que brindan los efectores privados y públicos es una garantía para el funcionamiento del SNIS y podrán potenciarse recursos de la DIGESA y la DIGESNIS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liderazgo del prestador público. Deben priorizarse las acciones de fortalecimiento de la red de efectores públicos en la que ASSE es el principal prestador y debe liderar el proceso como organismo testigo de calidad y modelo de atención.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuación de los recursos humanos. La consolidación del SNIS exige una evaluación y ajuste de los recursos humanos en lo que respecta a su cantidad, distribución geográfica, integración a prestadores públicos y privados, formación continua, involucramiento y compromiso con los objetivos sanitarios.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de información. La disponibilidad de sistemas de información, la adecuación en la dotación de personal y el reperfilamiento de los profesionales configuran desafíos relevantes.

Sección 3.

Cooperación y alianzas para el desarrollo

El proceso de elaboración de la Estrategia de Cooperación País, se da en un contexto mayor en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) empieza a emprender una reforma integral para abordar los problemas de salud con que se enfrentan los países en el Siglo XXI, la mejora de su financiamiento y gestión a fin de afrontar más eficazmente los problemas de salud y transformar la gobernanza de la OMS en orden a mejorar la salud pública y desempeñar una función más destacada en la gobernanza sanitaria mundial.⁴²

Es relevante que entre sus áreas programáticas prioritarias (actividades básicas), la OMS ha jerarquizado los sistemas e instituciones de salud, la salud y el desarrollo, la seguridad sanitaria, los datos fidedignos sobre las tendencias y los determinantes de la salud, y el fortalecimiento del poder de convocatoria en pro de la salud, que son áreas que emergieron con mucha fuerza en los intercambios realizados con la ASN y diferentes referentes institucionales durante el proceso de elaboración de la ECP en Uruguay.

En el Informe sobre la Consulta Regional sobre la Reforma de la OMS los Estados Miembros han señalado que el acceso universal a la salud, la inclusión social, la transferencia de conocimientos y tecnologías, y el desarrollo de tecnologías sanitarias eran temas clave que deberían considerarse específicamente en el proceso de reforma de la OMS para la acción mundial y regional, y dentro del contexto de la cooperación Sur-Sur.⁴³

Asimismo se ha señalado que la OMS no es un organismo financiero sino un organismo especializado en la cooperación técnica internacional en materia de salud, que no debe reducir su presencia a “una serie de programas técnicos en materia de salud sino que debía forjar el consenso en torno a objetivos claros de salud e integrar la política sanitaria con los múltiples interesados directos” en orden a fortalecer su papel normativo y su función de coordinación. Estos elementos son orientadores para la definición de líneas estratégicas de cooperación en el país, en articulación con las demás agencias de cooperación presentes en Uruguay, así como para fortalecer el intercambio entre los países de la región, facilitando la cooperación Sur-Sur y aumentar la capacidad interregional tendiendo a lograr su autosuficiencia y desarrollo sostenible.

En 2007 se inició la experiencia piloto de Reforma de la ONU “Unidos en la Acción” en 8 países, incluyendo a Uruguay. En años posteriores se realizaron evaluaciones, registrando avances positivos del proceso “Delivering as One”. En el país participan de forma permanente las 13 agencias “residentes”: CEPAL, FAO, OIM, OIT, ONUDI, OPS/OMS, PNUD, PNUMA, UNESCO, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, y UNOPS.

⁴² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 51º Consejo Directivo. 63ª. Sesión del Comité Regional. CONSULTA REGIONAL SOBRE LA REFORMA DE LA OMS. CD51/INF/2, Rev. 1, Add. I (Esp.) 30 de septiembre del 2011

⁴³ Ibidem

El piloto de reforma del SNNUU “Unidos en la Acción” ha definido un conjunto de Objetivos:

- Aumentar la eficacia y eficiencia del SNNUU en la provisión de cooperación, y reducir los costos de transacción.
- Fomentar la apropiación nacional y el liderazgo del Gobierno en la definición de prioridades de cooperación.
- Aumentar la claridad y la transparencia en el uso de los fondos.
- Fomentar la programación conjunta del Sistema.
- Potenciar el liderazgo estratégico dentro del SNU.
- Avanzar hacia la armonización de procedimientos y la planificación conjunta de recursos.

El proceso de programación en el marco de la reforma transita diversas etapas:

- La inicial de Diagnóstico, un Análisis Común del País (CCA), que trata de responder a la pregunta *¿Qué sucede?*
- La definición del Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD/UNDAF), que responde a *¿Qué haremos?*; incluye resultados esperados.
- El Plan de Acción del UNDAF, denominado UNDAF, que refiere al *¿Cómo lo haremos?*; incluye acciones, asociados, recursos, supervisión.

Las Áreas prioritarias identificadas para la cooperación en el CCA y desarrolladas en el UNDAF y en el UNDAF, han sido:

1. **Económica – Sector Productivo:** diversificación e inversión productiva, inserción internacional del país, innovación en ciencia y tecnología.
2. **Medio ambiente:** conservación de recursos naturales y ecosistemas, mitigación y adaptación al cambio climático, uso de energías renovables.
3. **Desarrollo social y reducción de desigualdades e inequidad** (Coordinada por UNFPA-OPS/OMS).
4. **Gobernabilidad democrática.**

Este proceso permite acordar prioridades de trabajo conjunto con el Gobierno en las áreas identificadas en el CCA, donde el SNNUU puede brindar mayor valor agregado. Coordina las actividades de cooperación entre las Agencias para el logro de complementariedades y sinergias, así como para un uso más eficiente de recursos; y cumple el requerimiento de ser firmado por todas las Agencias con el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto /Presidencia de la República.

En el piloto “Unidos en la Acción” es necesaria una combinación entre flexibilidades y formalidades. El enfoque común tiene que combinarse con las especificidades de los mandatos y competencias de cada agencia. Se presenta también como un desafío relevante apoyar a Uruguay en su decisión de ser un participante relevante en la cooperación sur-sur.

En los intercambios con el Equipo de País de Naciones Unidas (UNCT) ha surgido el interrogante sobre retos a trabajar conjuntamente en dos sentidos:

- La mejora en mecanismos armonizados de gestión, particularmente los instrumentos de planificación, programación y presupuesto de los Programas de Trabajo, los procedimientos de administración financiera y las rutinas de auditoría/rendición de cuentas.
- Superar el enlentecimiento en la toma de decisiones dado que para las agencias especializadas que se han vinculado tradicionalmente con una sola contraparte local, el marco de “Unidos en Acción” genera el desafío de relacionarse con múltiples interlocutores. Se ha destacado que como Sistema de Naciones Unidas, al jerarquizar el necesario empoderamiento de las contrapartes locales de los países, es pertinente asumir la complejidad de tener interlocutores diversos.

3.1. Recursos financieros de la cooperación.

En lo que respecta a recursos financieros de la cooperación de la OPS/OMS en Uruguay puede identificarse orígenes diversos de los mismos:

1. Representación en Uruguay.

- Recursos regulares
- Recursos extrapresupuestarios

2. Regionales y otros.

Se encuentran los provenientes de la Sede, los vinculados a programas específicos (Chagas, Salud reproductiva, VIH-Sida, Hidatidosis, etc.)

En el Cuadro 2 se presenta la ejecución de fondos en los últimos 3 bienios (con cierre a setiembre de 2011)

Cuadro 2. Ejecución de Fondos. Bienios 2006-2007, 2008-2009 y 2010-2011. Representación OPS/OMS en Uruguay

Cuadro 2.1. Fondos regulares y TCC según bienio (en U\$S)

Bienio	Regulares	TCC (1)	Regulares Apoyo Proyecto OPS/Italia
2006-2007	1.008.796,00	26.266,00	-
2008-2009	875.739,00	97.350,00	50.000,00
2010-2011	864.514,00	227.549,00	50.000,00

(1) Bienio 2010-2011: el monto incluye US\$ 40.690,00 reinstalados de fondos TCC 2009

Cuadro 2.2. Fondos extrapresupuestarios según bienio (en U\$S)

Bienio	Extrapresupuestarios	Extrapresupuestarios Proyecto OPS/Italia (2)	Total Extrapresupuestarios
2006-2007	377.077,00	518.705,00	895.782,00
2008-2009	1.674.863,00	273.026,00	1.947.889,00
2010-2011	964.043,00	-	964.043,00

(2) Fondos para financiación del Proyecto de Apoyo al Sistema Sanitario Público del Uruguay firmado entre OPS y el Gobierno de Italia (Subsidio 261025), Nov.2005 a Jul.2010.

Cuadro 2.3. Fondos totales (en U\$S)

Bienio	Total Asignado	Obligaciones No Locales	Total General
2006-2007	1.930.844,00	1.039.310,00	2.970.154,00
2008-2009	2.970.978,00	1.218.977,00	4.189.955,00
2010-2011	2.050.077,00	1.003.881,00	3.053.958,00

En el Cuadro 3 se detallan los Proyectos de Cooperación Técnica entre Países (TCC, por su sigla en inglés) que han estado en curso en el año 2011. Han sido una oportunidad para el intercambio técnico y de buenas prácticas, que ha fortalecido la capacidad de respuesta de los países participantes a las situaciones que fueron abordadas.

Cuadro 3. TCC desarrollados en el Bienio 2010-2011

OE	TCC	PAISES	Programa de Trabajo	Fondos (US\$)	Estado
1	HIDATIDOSIS	BOLIVIA	URU.02.05.02	10.486	Publicación de resultados de TCC
2	DENGUE (fondos reinstalados)	ARGENTINA	URU.02.05.03	2.516	FINALIZADO
3	HIDATIDOSIS	BRASIL	URU.02.05.04	949	FINALIZADO
4	SALUD PUB VET (fondos reinstalados)	ARGENTINA	URU.02.05.05	758	Publicación de salud veterinaria-hablemos
5	DENGUE 2010	ARGENTINA	URU.02.05.06	45.000	Una capacitación de técnicos de URU en clínica en ARG, 2 PUBLICACIONES
6	HIDATIDOSIS 2010	PERU	URU.02.05.07	20.396	Actividad en Perú de técnicos uruguayos: a-Taller de evaluación; b-Convenio interlaboratorial
7	SALUD MENTAL (fondos reinstalados)	CHILE	URU.04.06.02	4.975	Taller de especialistas chilenos en URU: a-Fortalecimiento del componente de salud mental en APS b-Desinstitucionalización y reestructura de las colonias
	SALUD MENTAL (fondos reinstalados)	CHILE	URU.04.06.03	1.470	
8	SEGURIDAD VIAL	ARG/BRA	URU.04.09.01	28.480	Reunión de cierre y evaluación en BR
9	SALUD ORAL PRAT (2011)	PARAGUAY	URU.01.04.06	12.735	Realización de dos talleres de capacitación para odontólogos del MSP BS Paraguay y para estudiantes de odontología, sobre la técnica Prat.
10	MEDICINA FLIAR	CANADA	URU.01.24.01	43.679	Misión de URU a Canadá. Fortalecimiento de las actividades clínicas de medicina familiar y nuevas metodologías pedagógicas
10	SEGURIDAD DEL PACIENTE	COSTA RICA	URU.01.32.01	24.244	Desarrollo de respuesta de notificación de eventos adversos y estado de situación de lista de verificación de cirugía segura
11	SCIELO (fondos reinstalados)	ARG/PAR	URU.04.13.01	5387	Presencia y visibilidad de revistas científicas en ciencias de la salud

"Proyecto Piloto Costa Rica -Uruguay"

Nombre del paciente..... C.I..... Fecha..... Hora..... Especialidad..... Institución.....

Antes de la inducción anestésica

Antes de la incisión cutánea

Antes del cierre de la incisión parietal

AL ENTRAR EL PACIENTE

El equipo asistencial confirma con el paciente (o su responsable)

Su identidad	SI	DLVQ
Procedimiento a realizar	SI	DLVQ
Sitio quirúrgico	SI	DLVQ
Consentimiento informado	SI	DLVQ
Consulta pre-anestésica	SI	DLVQ

Controles realizados en piso

PA	SI	DLVQ
Pulso	SI	DLVQ
Temperatura	SI	DLVQ

Insumos anestésicos completos

Riesgo de dificultad en vía aérea	SI	N/A	DLVQ
Riesgo de pérdida sanguínea (> 500 ml, > 7 ml/Kg en niños)	SI	N/A	DLVQ
Hemoterapeuta	SI	N/A	DLVQ
Tiene el paciente alguna alergia conocida	SI	DLVQ	
Cama de CTI reservada	SI	N/A	DLVQ
Radiólogo	SI	N/A	DLVQ
Patólogo	SI	N/A	DLVQ
Imagenología previa	SI	N/A	DLVQ
Anticoagulantes profilácticos	SI	N/A	DLVQ

DLVQ = Detectado por Lista de Verificación Quirúrgica
N/A = No Aplicable

Responsable.....

ANTES DE INICIAR LA CIRUGÍA

Todos los miembros del equipo se presentan en voz alta

Cirujano, anestesta y enfermero circulante confirman:	SI	NO
Identidad del paciente	SI	DLVQ
Procedimiento a realizar	SI	DLVQ
Sitio quirúrgico	SI	DLVQ
Anticoagulantes profilácticos administrados	SI	N/A
ATB profilácticos administrados	SI	N/A
Cirujano comunica pasos críticos del procedimiento y alternativas	SI	NO
Anestesta comunica cualquier aspecto crítico del paciente	SI	NO
Oxímetro cobcado	SI	DLVQ
Monitorización	SI	DLVQ

Instrumentista comunica:

Esterilización del instrumental y equipo confirmada	SI	DLVQ
Disponibilidad de equipos especiales solicitados	SI	N/A
	SI	DLVQ

Responsable.....

FINALIZADA LA CIRUGÍA

Se confirma el nombre del procedimiento realizado

Instrumentista confirma:	SI	NO
Recuento de material blanco correcto	SI	DLVQ
Recuento de instrumentos y agujas correcto	SI	DLVQ
En caso contrario, se siguió protocolo?	SI	N/A

Equipo confirma:

Muestras de bacteriología correctamente rotuladas y pedido hecho	SI	N/A	DLVQ
Piezas de anatomía patológica correctamente rotuladas y pedido hecho	SI	N/A	DLVQ
Ficha anestesiológica realizada	SI		
Descripción operatoria e indicaciones realizadas	SI		

Observaciones respecto al desarrollo de la cirugía e instrumental:

Responsable:

Nombre.....Firma.....

Sección 4.

Elementos de la evaluación ECP-CCS 2006-2011

En diciembre 2009, en preparación para el cambio de Representante de la OPS/OMS en el país, se realizó un ejercicio ampliamente participativo de evaluación de medio término de la ECP 2006-2011. Las informaciones generadas por este proceso fueron actualizadas y complementadas en la fase de preparación del nuevo ejercicio de ECP. Ambas oportunidades de retroalimentación a la OPS/OMS por los actores nacionales han indicado una valoración muy positiva de la cooperación técnica (CT) de OPS/OMS en Uruguay, destacándose la eficiencia en el empleo de los recursos disponibles, así como los logros alcanzados en el período que se analiza y el cumplimiento de la mayoría de las actividades previstas para el período.

Se valoró positivamente el contar con el instrumento de ECP, que permitió la planificación de la cooperación a mediano y largo plazo, se desarrolló en total acuerdo con las necesidades y alineada con las prioridades del país, y en forma participativa con las contrapartes nacionales.

La cooperación técnica de OPS/OMS a procesos de desarrollo y fortalecimiento de acciones programáticas orgánicas se destaca como una línea de trabajo altamente positiva, particularmente en los temas de seguridad vial, antitabaquismo, control de vectores (dengue), mujer y género, salud de la niñez, salud bucal, prevención y control de zoonosis, atención primaria de salud, adolescencia, salud mental, ganadería y agricultura, salud cardiovascular y comunicaciones, así también el soporte permanente al MSP, ASSE y a la participación del país en el MERCOSUR y la cooperación sur-sur

Se destacó la interacción con diferentes sectores e instituciones, como estrategia de cooperación integral e integrada, y se plantea la conveniencia de definir líneas de acción futuras para renovar cooperación.

Frente a enfermedades transmisibles emergentes, el soporte y seguimiento OPS, constituyó un aporte ponderado como muy positivo frente a nuevos o renovados problemas sanitarios.

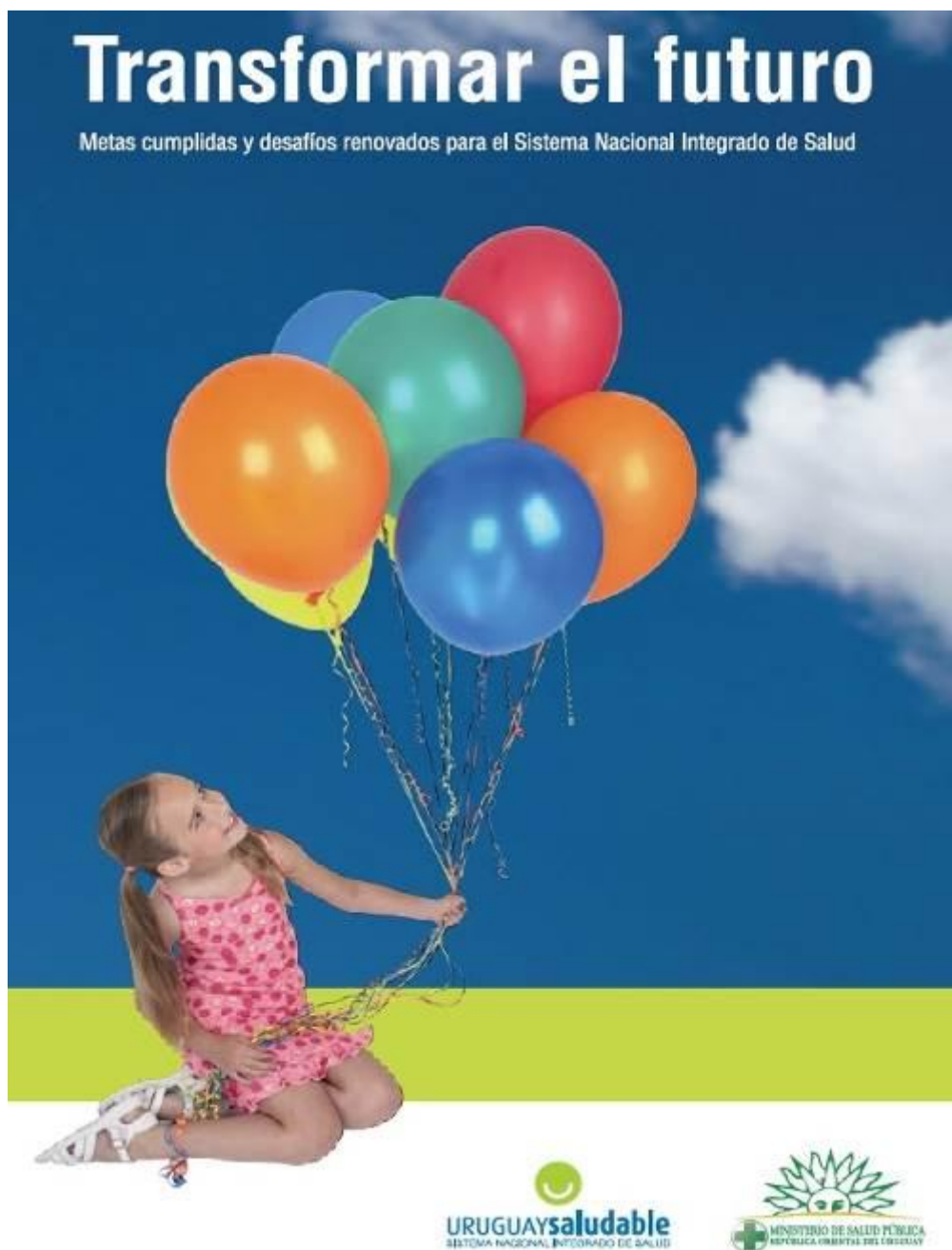
Los Acuerdos de Cooperación Técnica entre Países (TCC) se destacan como instrumentos de una importante flexibilidad y utilidad para dar y recibir cooperación técnica horizontal.

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) ha sido beneficiada con el aporte de tecnología, especialmente trascendente para el interior del país, de forma equitativa y adecuada por medio del Proyecto Italia cuya gestión fue apoyada por OPS, generando una disminución de la brecha tecnológica capital-interior.

Si bien las actividades de cooperación Regional y Global con el país no se incluyeron específicamente en el documento de ECP 2006-11, hubieron aportes de los Programas Regionales, incluyendo los Centros Especializados de la OPS, así como del nivel Central, a la cooperación técnica con el Uruguay.

Se ha evaluado que la primera experiencia de uso del instrumento de ECP fue ampliamente satisfactoria. Algunas líneas clave de cooperación futura planeadas por las autoridades son:

- Apoyo de la implementación del SNIS, fundamentalmente en aspectos de recursos humanos, capacitación, innovación y transferencia tecnológica, determinantes epidemiológicos y su manejo.
- Los sistemas integrados de salud y la creación de redes en atención de salud constituyen temas de prioridad, que deberán desarrollarse con CT de OPS en una dimensión intersectorial ampliada y apoyo informático imprescindible.



Sección 5.

El programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS.

5.1. Introducción.

El proceso de elaboración de la ECP-CCS ha permitido identificar un conjunto de **prioridades estratégicas**, identificadas conjuntamente por el Equipo de la OPS/OMS con las autoridades nacionales y los referentes institucionales integrados al GOE. Incluye el Apoyo a la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades, el Desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Información, la Consolidación de una Política de Recursos Humanos que acompañe el proceso de transformación del sistema de salud, y un conjunto de líneas de trabajo vinculadas a la Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social ante desafíos complejos.

Su abordaje permitirá avanzar en el proceso de cambios y la profundización de las políticas públicas que desde el Estado y amplios sectores de la sociedad civil se han impulsado para la consolidación del SNIS.

5.2. El Programa Estratégico.

Se ha visto la conveniencia de definir cinco prioridades estratégicas que con sus respectivas esferas principales y enfoques estratégicos dan cuenta de los retos emergentes del análisis de la situación de salud y desarrollo del país, así como de los elementos jerarquizados por las autoridades sanitarias y los referentes institucionales integrantes del Grupo Operativo Estratégico.

PRIORIDAD ESTRATEGICA 1. El Apoyo a la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud es una prioridad estratégica que se vincula a varios de los desafíos y retos identificados. La cooperación técnica deberá poner en juego sus capacidades de movilización y generación de espacios de articulación interinstitucional a efectos de que los grandes lineamientos de la política pública sectorial se consoliden en un **Plan Nacional de Salud**, que incluya las interacciones con planes y estrategias específicos, procesos operativos de cambio en la estructura de los servicios, su dinámica organizacional, hasta las prácticas concretas de los equipos de salud. Esta prioridad estratégica se orientará a consolidar el proceso de cambio en el Modelo de Atención, fortaleciendo un modelo innovador centrado en la promoción de salud y la prevención, que asegure la atención oportuna, integral y de calidad, y sea sostenido por sistemas de salud basados en la APS. Asimismo se deberá avanzar en la superación de los elementos de

fragmentación que persisten en el sistema, asegurando la continuidad de la atención en los diferentes niveles de atención mediante mecanismos institucionales estandarizados, contribuyendo a la consolidación de redes integradas de servicios de salud, que mediante la complementación público-público (organismos y prestadores de salud del sector público) y público-privado (entre organismos del sector público y prestadores privados sociales sin fines de lucro) mitiguen las inequidades territoriales, así como las vinculadas a la clase social, inserción laboral, condición económica, el género, la etnia, la edad, y la orientación sexual. La cooperación debe contribuir en el campo de la economía política del sector salud, mediante estrategias de análisis e identificación de alertas al servicio de la conducción del SNIS desarrollada por el MSP. Asimismo debe apoyar la nueva institucionalidad descentralizada de ASSE, para superar dificultades de gestión y de posicionamiento de la marca institucional, asesorando sobre difusión y comunicación social de avances y logros en el marco de la consolidación del SNIS.

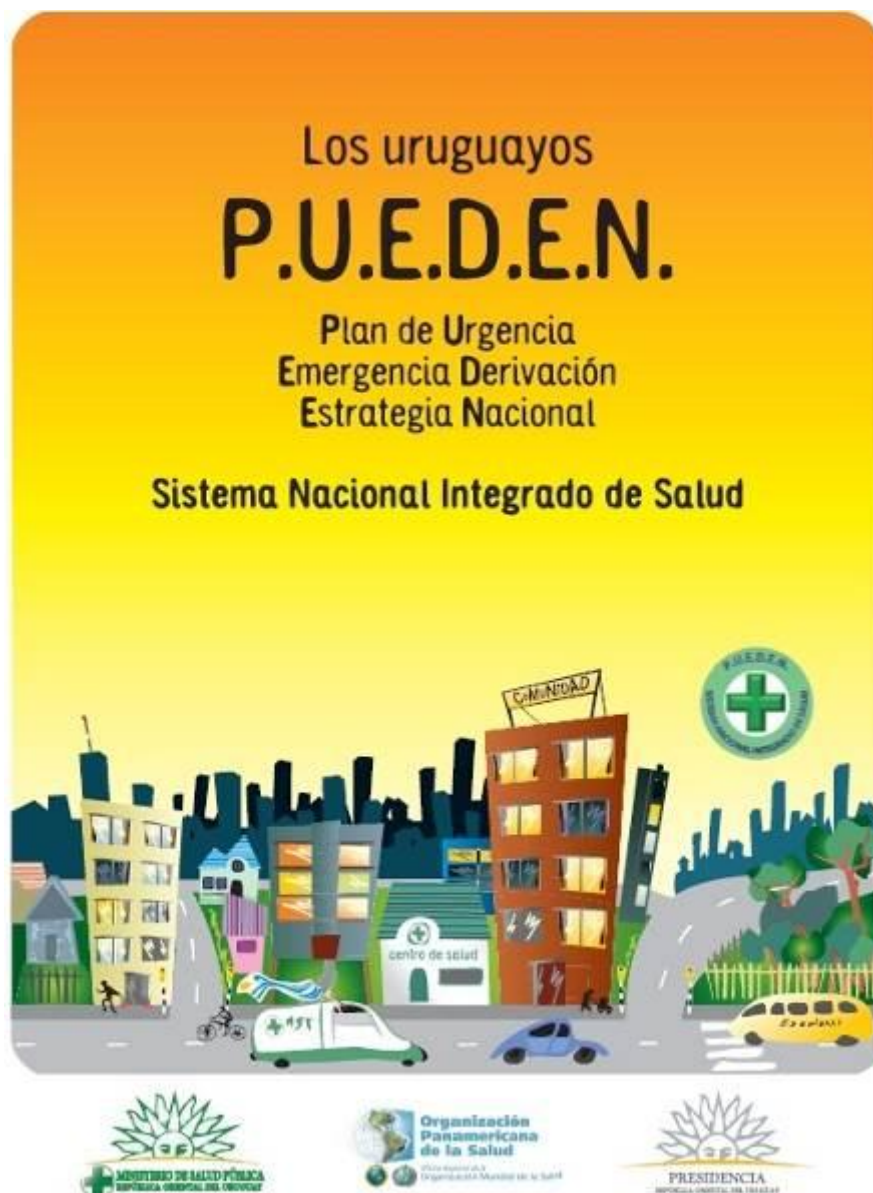
La prioridad de Apoyo a la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud incluye cuatro **esferas principales** en las que la cooperación deberá desarrollarse:

1.1. **Consolidación de un modelo de atención innovador.** El país cuenta con experiencias locales de desarrollo de un modelo de atención basado en unidades de territorio-población adscriptas a equipos de salud. Supone avanzar sobre la lógica del médico de referencia, logrando que equipos de salud asuman la atención de colectivos poblacionales con una lógica de área territorial de responsabilidad programática. La CT de OPS contribuirá al desarrollo de un primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, con un entramado de redes de alta densidad por contener estructuras asistenciales de diferente complejidad, desde muy baja (médico de familia y enfermera) hasta mediana complejidad (con especialistas médicos y diferentes disciplinas, apoyo diagnóstico, servicios de urgencia y emergencia) que actúen como primera contención en territorio; articulados con una red de emergencias y servicios de internación hospitalarios de diferentes niveles de complejidad y especialización en áreas específicas (trauma, neurología, cardiología, entre otras). Se contribuirá también al desarrollo de dispositivos y metodologías de gestión que permitan una adecuada articulación de los niveles de atención de la red de servicios, asegurando la continuidad de la atención y la fidelización de los pacientes y las familias a los efectores de las áreas territoriales.

1.1.1. *Enfoque estratégico:* Fomentar la consolidación de unidades territoriales básicas (áreas de salud) en todo el territorio nacional e identificación de efectores públicos y/o privados a cargo de las mismas, en orden a su articulación como red de primer nivel.

1.1.2. *Enfoque estratégico:* Potenciar el desarrollo de la red de apoyo y derivación de segundo y tercer nivel, a la cual refieren las áreas de salud.

- 1.1.3. *Enfoque estratégico:* Incentivar la puesta en marcha de un plan de articulación de la red territorial con la red de emergencias prehospitalarias y hospitalarias en una perspectiva de Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) de alcance nacional.



- 1.2. **Fortalecimiento de rectoría.** La cooperación debe aportar a un aspecto prioritario en la “Segunda etapa de la Reforma” vinculada a la vigilancia de la calidad de las prestaciones y los componentes de seguridad del paciente, prevención del error en medicina, farmacovigilancia, tecnovigilancia, lista de verificación en cirugía, que se orienten hacia la conformación de un sistema articulado de notificación de eventos adversos. Los contratos de gestión entre los prestadores con la JUNASA, las metas prestacionales planteadas como instrumento motivador para la mejora de calidad de las prestaciones, serán objeto de un monitoreo y ajuste periódico. Las FESP podrán ser fortalecidas en la

medida que desde la cooperación se apoye la consolidación de equipos técnicos y áreas específicas de trabajo en torno a cada una de ellas. Particular atención deberá prestarse los ejes temáticos de política nacional de medicamentos y evaluación de tecnologías sanitarias, y sus efectos sobre la sostenibilidad del sistema.

1.2.1. *Enfoque estratégico:* Estimular el diseño y la definición de normas y patrones de un sistema de vigilancia de calidad de las prestaciones.

1.2.2. *Enfoque estratégico:* Catalizar el diseño e instalación de un sistema articulado de notificación de eventos adversos.

1.2.3. *Enfoque estratégico:* Abogar por la consolidación de la RITTI y grupos de monitoreo específico de las FESP, con énfasis en el fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y gestión, regulación y fiscalización en salud pública, y la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

1.3. **Integración y complementación en el territorio.** La cooperación generará ámbitos de definición de criterios e intercambio de experiencias con otros países, en orden a profundizar el proceso de descentralización mediante estrategias de regionalización. La definición de unidades territoriales de alcance regional, brindará insumos para los contenidos de los Contratos de Gestión que ASSE y de los prestadores privados firmados con la JUNASA, a efectos de asegurar la resolutivez y la integralidad de la atención en cada región. La cooperación incentivará la profundización y la innovación de estrategias de complementación en el territorio, que superando la mera venta de servicios, ponga a la salud de la población en el centro de los discernimientos institucionales y la organización de los servicios, incluyendo la acción de las Comisiones Honorarias. Una dinámica de complementación con ajuste local permitirá avanzar en la racionalización de servicios en orden a la mejora de calidad, la optimización de los recursos, la mejora de los índices de uso, y el desarrollo de polos regionales para la concentración de tecnología adecuada tanto en el primer nivel como en estructuras hospitalarias de segundo y tercer nivel. La OPS debe poner foco en el análisis conjunto con la ASN para superar compartimentaciones, y avanzar en el manejo de los conflictos de intereses, la negociación y el liderazgo en los diferentes escenarios que generen los procesos de cambio.

1.3.1. *Enfoque estratégico:* Cooperar en el desarrollo de modalidades organizativas y definición de regiones de salud, que faciliten la descentralización de ASSE y permitan avanzar en una lógica de complementación de efectores públicos y privados.

1.3.2. *Enfoque estratégico:* Generar foros de intercambio para en la estimación de recursos, el diseño y la puesta en funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia regionales, que aseguren contención y resolutivez.

1.3.3. *Enfoque estratégico*: Proveer soporte técnico y generar ámbitos de discusión para la definición de polos regionales para la concentración de tecnología, en articulación con Comisiones Honorarias vinculadas a ECNT.



1.4. **Implementación del contenido de los programas en los servicios.** Si bien durante la anterior administración los ámbitos de rectoría generaron desarrollos programáticos en diversas áreas y ha habido avances en la concreción de los lineamientos programáticos en la práctica de los efectores de salud, es necesario profundizar en el diseño de modelos de intervención de los servicios, en función de las actividades que los referentes programáticos definan como buenas prácticas y como componentes no negociables de un modelo de atención innovador. El **enfoque de Curso de Vida**, impulsado por la actual administración puede contribuir a superar la compartimentación de los programas y sus dispositivos operativos. La implementación de un desarrollo programático en base a la estrategia de Curso de Vida exigirá capacitación a nivel del organismo rector y los diferentes prestadores del SNIS. El continuo de las diferentes etapas del Curso de la Vida y su interrelación, así como las interfases con diferentes áreas de intervención (salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal, adicciones, seguridad vial, salud mental, etc.), pueden ofrecer a los servicios una lógica integradora de las prestaciones y una dinámica de selección de líneas de acción priorizadas en función de la planificación local. Asimismo en enfoque de Curso de Vida es consistente con opciones realizadas por la Autoridad Sanitaria de cara a la realidad demoepidemiológica del país, como la priorización de la primera infancia, el desarrollo infantil, la adolescencia y el pleno ejercicio de los

derechos sexuales y reproductivos. La OPS promoverá el anclaje en los servicios de los contenidos programáticos de las diversas áreas en su interfase con las diferentes etapas de la vida, mediatizado por protocolos y guías clínicas, planes de salud, manuales de buenas prácticas, que permitan que el saber técnico sistematizado en base a la comprobación científica, llegue a incidir en la práctica cotidiana de los equipos de salud. A mediano plazo será posible disponer de productos concretos vinculados a planes locales orientados por el enfoque de Curso de Vida, y un conjunto de herramientas de intervención para aplicar en territorio, provenientes de las diferentes áreas de intervención programática.

- 1.4.1. *Enfoque estratégico:* Desarrollo de un marco conceptual que permita la integración del enfoque de Curso de Vida con las áreas prioritizadas de intervención programática.
- 1.4.2. *Enfoque estratégico:* Formulación e implementación de un plan de acción que fortalezca las capacidades territoriales para la planificación local en salud, con énfasis en primera infancia.
- 1.4.3. *Enfoque estratégico:* Estímulo para la elaboración de guías clínicas y manuales de buenas prácticas a ser utilizadas en los planes locales.



CERTIFICADO ESQUEMA DE VACUNACIÓN. URUGUAY, 2012



VACUNAS	EDAD EN MESES							EDAD EN AÑOS		
	0	2	4	6	12	15	21	5	12	c/10
BCG	■									
DPT-HB-Hib		■	■	■		■				
VPI		■	■	■		■				
SRP					■			■		
VARICELA					■					
NEUMOCOCO		■	■		■					
HEPATITIS A						■	■			
DPT								■		
dpaT									■	
dT										■

BCG: vacuna DCG (bacilo Calmette-Guérin) / DPT-HB-Hib: vacuna pertavalente [difteria-pertussis-éxtanos + hepatitis B + Haemophilus influenzae tipo B] / VPI: Vacuna antipoliomielítica inactivada / SRP: Vacuna triple viral [sarampión- rubéola-paparas] / Varicela: Vacuna anti-varicelosa / Neumococo: Vacuna antineumocócica 13 valente/ Hepatitis A: Vacuna anti-hepatitis A / DPT: Vacuna triple bacteriana [antidifteria-antipertussis células completas-antitetánica] / dPaT: Vacuna triple bacteriana [antidifteria-antipertussiscelular-antitetánica] / Doble Bacteriana: Vacuna antidifteria - a tetánica.



Más información en:
 es simple! vacunate!
www.msp.gub.uy
 Consultas:
infovacunas@msp.gub.uy



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2. El Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades ha tenido avances, si bien el esfuerzo conjunto de la OPS y las autoridades y técnicos nacionales puede impulsar el proceso de mejora en curso, en lo que respecta a la implementación del **Reglamento Sanitario Internacional**, y el **Centro Nacional de Enlace** que desde la Dirección de Epidemiología se ha generado y que por incipiente, requiere difusión y articulación con todas las instituciones que deben integrarlo. El trabajo conjunto de las autoridades sanitarias, las Comisiones Honorarias, el Sistema Nacional de Emergencias, los Municipios ha permitido el control de un conjunto importante de enfermedades transmisibles. Es de particular importancia fortalecer esa complementación intersectorial particularmente el campo de las zoonosis (aftosa, hidatidosis, rabia), el dengue y las enfermedades transmitidas por alimentos. En el caso de la ETAs se ve la necesidad de mejorar el control y las respuestas, así como homogeneizar los procedimientos a nivel nacional.

La prioridad de Fortalecimiento Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades incluye tres **esferas principales** en las que la cooperación debe desarrollarse:

- 2.1. **Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.** Es importante dar a conocer la capacidad instalada en el MSP al respecto, así como capacitar referentes de diferentes instituciones públicas, privadas y del ámbito académico en cuanto a los requerimientos del RSI y las modalidades de comunicación con la autoridad sanitaria internacional. Particular importancia cobra aquí la consolidación de una red de laboratorios liderada por el Departamento de Laboratorio de Salud Pública. El actual sistema de notificación de casos utilizado para IRAG puede admitir desarrollos hacia otras enfermedades transmisibles.
 - 2.1.1. *Enfoque estratégico:* Generación de ámbitos de difusión del RSI y articulación de instituciones con el Centro Nacional de Enlace.
 - 2.1.2. *Enfoque estratégico:* Fomento de la red de laboratorios de referencia.
 - 2.1.3. *Enfoque estratégico:* Incentivar el uso y el aporte de datos desde todos los prestadores del SNIS al Programa EPI VIGILA, recientemente integrado al MSP.
- 2.2. **Control de enfermedades transmisibles, zoonosis y seguridad alimentaria.** Es relevante asegurar los elevados niveles de cobertura vacunal alcanzados en el país, y la CT debe contribuir a la mejora de la gestión de la compra de insumos a través del PAI. Las actividades intersectoriales para mantener al país libre de Aftosa, Dengue y Leishmaniasis visceral, son una esfera de intervención prioritaria para la cooperación, ya que posicionan al país como referente en el concierto regional. Es posible avanzar en la coordinación con el MGAP. Similar situación aplica al control de la Hidatidosis y las estrategias de accionar comunitario para el control de la enfermedad mediante dosificación controlada de perros con antiparasitarios de amplio espectro, campañas

educativas y de limitación de la reproducción animal. En el campo de la inocuidad de los alimentos deben fortalecerse los mecanismos de respuesta inmediata de diagnóstico e intervención, en coordinación con los gobiernos municipales y departamentales, en forma homogénea en el territorio nacional, con particular apoyo a laboratorios con gran desarrollo como el de la Intendencia capitalina. A mediano plazo, es posible incluir en el campo de la seguridad alimentaria el avance sobre otras aristas del tema como incluir la notificación obligatoria de casos de desnutrición o trastornos alimentarios por déficit. Esto posicionaría al país en la vanguardia del control de la disponibilidad y acceso de alimentos, en un contexto internacional en que el 10% de la población padece privaciones severas en este campo.



- 2.2.1. *Enfoque estratégico:* Mejora de los procesos de estimación, programación y coordinación de compra de vacunas a través del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública
- 2.2.2. *Enfoque estratégico:* Promover la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención del Dengue, sistema de monitoreo e intervenciones preventivas. Estimular la cooperación sur-sur, inclusive mediante TCC's para abordar problemáticas de Hidatidosis y Dengue.
- 2.2.3. *Enfoque estratégico:* Fomentar la actualización de manuales para procedimientos comunes a nivel nacional ante brotes vinculados a ETAs.
- 2.2.4. *Enfoque estratégico:* Asesorar en el diseño de notificación y vigilancia de situaciones de alteraciones alimentarias por exceso o déficit, con elementos de georeferenciación.



- 2.3. **Mejora en los mecanismos de vigilancia de determinantes sociales y morbilidad.** Es indispensable avanzar en la consolidación de una área de información del MSP con apoyo de la cooperación de la OPS, para que la Vigilancia Epidemiológica pueda contar una sala de situación dinámica y puestos centinelas orientados a diversos objetos de estudios, a efectos de contar con información periódica y actualizada sobre la morbilidad, la mortalidad y los determinantes sociales; debe contribuirse mediante acuerdos interinstitucionales a que la información generada por Comisiones Honorarias, SIP, observatorios específicos (Género y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, ODM, etc.), se potencien mediante el intercambio de información y el análisis conjunto de la misma. Asimismo deben articularse aquí la vigilancia y el control de las infecciones intrahospitalarias y otros componentes vinculados a la seguridad del paciente en centros asistenciales. Los exitosos dispositivos logrados para la consolidación de información sobre infecciones intrahospitalarias podrían operar como vehículo de datos e información sobre otros aspectos de seguridad del paciente. La cooperación debe propiciar espacios de intermediación para que la Dirección de Epidemiología sea el nodo central de un entramado de fuentes de información, que permitan contar con un Diagnóstico de Situación de Salud a nivel país, que se actualice periódicamente. Ello le brindará los insumos para generar recomendaciones oportunas para

intervenciones a nivel poblacional vinculadas con enfermedades transmisibles, no transmisibles y determinantes sociales. El intercambio de experiencias y experticias y la cooperación entre países, inclusive mediante TCC's se constituye en abordaje privilegiado para lograr avances en este tema.

- 2.3.1. *Enfoque estratégico:* Favorecer convenios de intercambio de información de instituciones públicas y privadas con la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSP.
- 2.3.2. *Enfoque estratégico:* Impulsar y cooperar con la elaboración de un Diagnóstico de Situación de Salud del país actualizado periódicamente e integrado a un análisis integral de las prioridades sanitarias y la coyuntura del país.
- 2.3.3. *Enfoque estratégico:* Generar ámbitos de articulación tendientes a que la información originada en fuentes dispersas, este disponible en repositorios accesibles, y sea intercambiable entre distintos organismos en orden a la toma oportuna de decisiones.

PRIORIDAD ESTRATEGICA 3. El Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Información permitirá el manejo oportuno de la información que emergió como un requerimiento común en todos los actores consultados en el proceso de la ECP. La alternativa más plausible para la cooperación es facilitar la interconexión de sistemas de información disponibles en la diversas instituciones, con el planteo de metas finalísticas para impulsar el diseño de un Plan maestro hacia el Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos en los componentes de generación de datos, su análisis y utilización, en un marco temporal de mediano plazo, bajo la conducción de la AGESIC, con una fuerte contraparte técnica del sector salud.

La prioridad del Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Información incluye tres **esferas principales** en las que la cooperación podrá desarrollarse:

- 3.1 Información para la rectoría.** Recursos ya existentes del SINADI y Cuentas Nacionales en Salud, brindan un punto de partida de gran valor para definir un conjunto de datos básicos provenientes de prestadores privados y públicos, que permitan el monitoreo en base a un conjunto común de indicadores sobre la sostenibilidad financiera de las instituciones, la incorporación de tecnología, el desempeño en las metas prestacionales, el grado de cumplimiento de los contratos de gestión.
 - 3.1.1. *Enfoque estratégico:* Favorecer la formación de grupos de trabajo para consolidación de información proveniente de instituciones públicas y privadas en torno a campos temáticos específicos: cuentas nacionales, metas prestacionales, etc.
 - 3.1.2. *Enfoque estratégico:* Impulsar diagnóstico de situación sobre distribución de la capacidad instalada en tecnología, a partir de la

implantación del PPENT, en su componente vinculado al equipamiento de ASSE. Generar insumos para la programación de la complementación público-privada.

3.2. Información para la Vigilancia en Salud Pública. Múltiples instituciones nacionales configuran fuentes de datos que con una adecuada articulación pueden generar información oportuna y de calidad para la vigilancia. La articulación debe integrar desde elementos de conexión entre diferentes sistemas de información de las instituciones, hasta manuales de procedimientos para que los datos lleguen a un repositorio común, sean analizados y se conviertan en información oportuna para las decisiones de la ASN, la población y las instituciones generadoras de los datos. Asimismo debe facilitar los acuerdos para el flujo de datos e información desde organismos del Estado, prestadores privados, laboratorios, y Comisiones Honorarias (Cardiovascular, Zoonosis, Cáncer, CHLA, etc.).

3.2.1. Enfoque estratégico: Catalizar la generación de interfases e interconexión entre sistemas de información para datos de morbilidad, con énfasis en transmisibles, ECNT, lesiones por siniestros, accidentes y violencias.

3.2.2. Enfoque estratégico: Promover y cooperar con la elaboración de manuales de procedimientos para el cargado de datos en todas las instituciones del SNIS y las Comisiones Honorarias al EPI VIGILA.



3.3. Información para la gestión. Las instituciones públicas y privadas han desarrollado en mayor o menor medida sus propios sistemas para contar con información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en los procesos de gestión. La cooperación de la OPS debe contribuir a crear

las condiciones para la conectividad entre los sistemas, la definición de algunos indicadores comunes de monitoreo de la gestión, cuadros de mando, análisis comparativo, etc. Los avances en el intercambio de información son esenciales para fortalecer los procesos de complementación en territorio.

3.3.1. *Enfoque estratégico:* Fomentar la consolidación de interfases entre sistemas de información, en torno a un paquete de indicadores para monitoreo de la gestión definido por la DIGESNIS.

3.3.2. *Enfoque estratégico:* Favorecer la utilización para la gestión de los datos incorporados por los Programas SIEMBRA de ASSE y el Proyecto URUGUAY UY impulsados por el MSP y la AGESIC.

3.3.3. *Enfoque estratégico:* Generar las alianzas necesarias para que los avances en la conectividad informática devengan en una mejora de la articulación de los servicios como redes integradas de salud.

PRIORIDAD ESTRATEGICA 4. La Consolidación de una Política de Recursos Humanos, integrando los avances registrados con el Observatorio de RHuS, debe dar cuenta de especificidades en los componentes de campo de los recursos humanos en el marco del proceso construcción del SNIS. Entre ellos se destacan los vinculados a aspectos asistenciales, a requerimientos de la epidemiología y la salud pública, y formación de una masa crítica que asuma el sostén técnico-político de las tensiones generadas por los cambios.

Se presenta como de particular importancia la generación de una masa crítica en salud pública para conducción del SNIS: un actor colectivo en la organización que tiene que impulsar su desarrollo con competencias técnicas y gerenciales, pero con claridad de elementos políticos e ideológicos.

Asimismo deben ser clarificadas las exigencias de dotación de RHuS en servicios, considerando su ajuste al modelo de atención innovador que se impulsa, en lo que refiere a cantidad, distribución y perfil de competencias.

La prioridad de la Consolidación de una Política de Recursos Humanos incluye tres **esferas principales** en las que la cooperación podrá desarrollarse:

4.1. **Recursos humanos para mejorar la calidad asistencial.** Es un componente crítico para avanzar en la gestión del cambio; incluye profundizar la comunicación y capacitación a los trabajadores y su identificación con el nuevo modelo y organización de los servicios. La centralidad del paciente, oportunidad e integralidad de la atención son elementos centrales de un proceso de reperfilamiento de los integrantes de los equipos de salud, así como la adquisición de destrezas para la promoción y la comunicación al interno de las comunidades.

4.1.1. *Enfoque estratégico:* Potenciación del nodo URU del CVSP, con énfasis en la capacitación en gestión y en salud pública.

4.1.2. *Enfoque estratégico:* Favorecer una política de alianzas desde Observatorio de RHuS en orden al uso de la información

generada, para la coordinación y la abogacía con los organismos formadores de recursos humanos en salud.

4.2. **Recursos humanos para el monitoreo epidemiológico.** Se percibe la necesidad de una contribución en capacitación en vigilancia epidemiológica, a diferentes niveles: el plano operativo para trabajo de campo e investigación en terreno, en respuesta rápida frente a eventos transmisibles, y a nivel de equipos interdisciplinarios para el análisis crítico de la información y estudio de tendencias. La cooperación podrá contribuir en la elaboración de estrategias de comunicación de rutina y comunicación de riesgo.

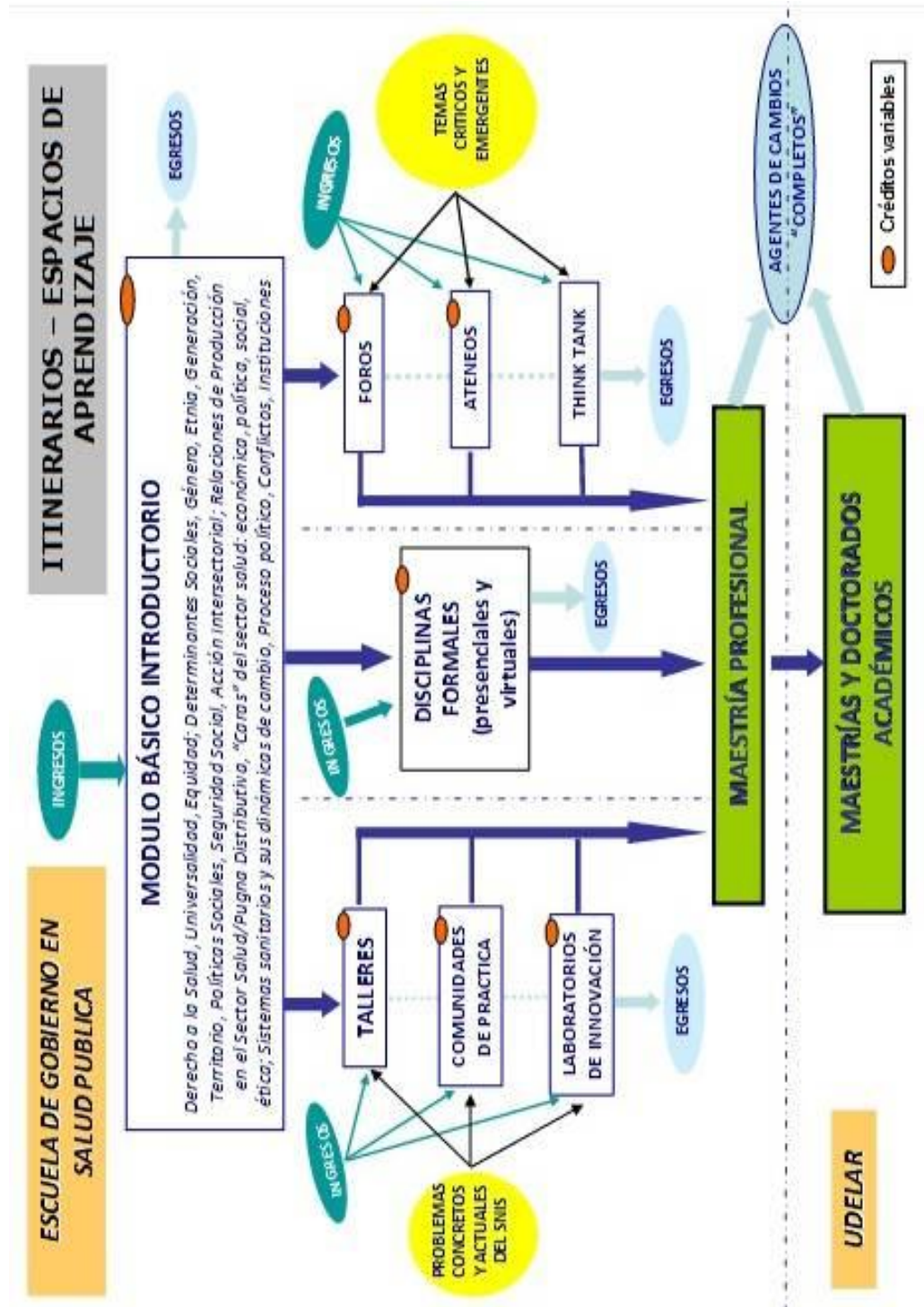
4.2.1. *Enfoque estratégico:* Impulso de carreras de tecnicaturas vinculadas al trabajo de campo en distintas áreas de la epidemiología.

4.2.2. *Enfoque estratégico:* Estímulo de intercambios y pasantías para la transferencia tecnológica entre referentes de la región a nivel de análisis epidemiológico, estudio de tendencias y comunicación de riesgo.

4.2.3. *Enfoque estratégico:* Promover el intercambio entre ámbitos académicos y países de la región, para favorecer mejoras en la formación en “Epidemiología de Campo”

4.3. **Recursos humanos para sostener y gestionar el proceso de cambio del sistema.** La complejidad y profundidad de la transformación del sistema de salud uruguayo imponen múltiples desafíos de naturaleza política, institucional, organizacional, financiera, cultural y gerencial, que emergen cotidianamente en el transcurso de la consolidación del SNIS. Existe un creciente reconocimiento que la sostenibilidad de la política de salud exige el desarrollo de una “Inteligencia Sanitaria” expresada en un amplio colectivo de agentes técnico-políticos de cambio que conforme una “comunidad epistemológica” que comparta el compromiso con un conjunto de principios (universalidad, solidaridad, reducción de las desigualdades y redistribución de la riqueza, justicia social), y simultáneamente esté dotada de capacidades y competencias técnico-profesionales, gerenciales y científicas para el desempeño de un amplio grupo de acciones. Implica tareas de implementación de los cambios, gestión del sistema en su totalidad y de los servicios y programas que lo integran, evaluación e investigación operativa del funcionamiento del SNIS, su impacto y resultados en el conjunto del sector y la política de salud del país. Es asimismo un desafío para el involucramiento de los trabajadores como eje de integración en el proceso, y de actores provenientes de ámbitos académicos con los que es imperativo avanzar en la construcción de alianzas.

- 4.3.1. *Enfoque estratégico:* Impulsar la creación en el país de una **Escuela de Gobierno en Salud Pública**, con funciones de formación y capacitación continuada de los agentes técnico-políticos de cambio; investigación sobre el SNIS, sus determinantes/condicionantes socio-económicos; y apoyo técnico al fortalecimiento y evaluación de los servicios y programas sanitarios.



- 4.3.2. *Enfoque estratégico*: Generar espacios de intermediación para la discusión entre organizaciones corporativas y académicas sobre escenarios futuros del proceso de consolidación del SNIS.

PRIORIDAD ESTRATEGICA 5. Está orientada a un amplio campo que integra la **Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social**, permitiendo articular los esfuerzos centrados en temáticas específicas, pero cuyo abordaje requiere el concurso de diversos organismos del Estado y la sociedad civil. La vocación democratizadora del SNIS exige amplios espacios para la participación social organizada y la acumulación de los esfuerzos de la sociedad civil que coloquen en la agenda pública temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos, generando a la vez, las respuestas a sus problemáticas con el concurso del Estado.

La prioridad de Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social incluye cuatro **esferas principales** en las que la cooperación podrá desarrollarse:

- 5.1. **“Empoderamiento” de actores sociales en torno al proceso de transformación del sistema de salud.** Es amplio el campo de incidencia de las organizaciones de la sociedad civil y van desde el control de la gestión hasta la organización e involucramiento en acciones de promoción de salud y prevención. La capacitación para una participación calificada de los movimientos de usuarios y los gremios o sindicatos, son un campo fecundo para la cooperación de la OPS en articulación con la ASN. Los Foros Nacionales de Salud previstos por la actual administración y el apoyo a los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de Salud son también áreas que la cooperación debe potenciar.

5.1.1. *Enfoque estratégico*: Fomentar a la implementación de los Foros Nacionales de Salud y la posterior inclusión de sus resultados en los procesos de planificación.

5.1.2. *Enfoque estratégico*: Fortalecimiento de las capacidades para la participación de los actores sociales, con énfasis con los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de Salud.

- 5.2. **Fortalecimiento del accionar intersectorial Estado–Sociedad Civil en áreas emergentes.** La cooperación debe fortalecer el sistema de alianzas entre organismos el Estado y Sociedad Civil, particularmente a través de coordinaciones MSP-MIDES y con el sector Educación. La transversalización de género configura un área de trabajo con OSCs y organismos estatales, para la amplificación de los observatorios, particularmente los vinculados a Género y Derechos y la implementación de los Servicios de SSR. La Seguridad Vial configura un campo convocante por su relevancia en salud pública (adolescentes y jóvenes; accidentes y traumas; peatones y motociclistas) y la existencia de

organizaciones diversas motivadas por el tema. La cooperación de la OPS debe contribuir en la implementación de la *Ley de Alcohol Cero* en articulación con Junta Nacional de Drogas y facilitar la diseminación en la aplicación de las normativas entre las intendencias. Se podrá facilitar a abogacía para visibilizar el problema y las soluciones al mismo: capacitación ciudadana, formación de redes, comunicación social adecuada, incidencia en los medios masivos, tendiendo al cambio cultural. La Seguridad de los Trabajadores de la Salud, es un componente de esta esfera principal con múltiples aristas con las que se puede involucrar la cooperación: condiciones de trabajo, estatuto del trabajador, violencia contra los trabajadores y contra las instituciones de salud, participación desde una perspectiva de corporación, entre otros.

5.2.1. *Enfoque estratégico:* Estimular y sostener la continuidad del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva para el monitoreo de las políticas públicas.



5.2.2. *Enfoque estratégico:* Fomentar a la Alianza Nacional para la Seguridad Vial y facilitar sus articulaciones intersectoriales.

5.2.3. *Enfoque estratégico:* Facilitación de las articulaciones entre la Junta Nacional de Drogas y las organizaciones territoriales, con énfasis en los ámbitos educativos y los dispositivos comunitarios de prevención y tratamiento de uso problemático de drogas.

5.2.4. *Enfoque estratégico:* Generación de espacios de intercambio entre organizaciones gremiales, ámbitos académicos y organismos rectores en el campo de la seguridad de los trabajadores.

5.3. Sistema de Emergencias y Desastres. Existe una capacidad instalada en el SNE y sus equivalentes departamentales. La cooperación de la OPS debe promover su capacitación y movilización, particularmente de integrantes de los Comités Departamentales de Emergencia. En el campo de la Comunicación de Riesgo, se deberá hacer contribuciones en la formación de periodistas y autoridades de diferentes sectores que son responsables de la comunicación a través de los medios masivos. En el campo de Gestión de Riesgos es posible avanzar en la definición de protocolos y planes de contingencia, incluyendo desde el predictor (ámbito de la meteorología) o generador del dato basal, hasta las áreas de relaciones públicas y directores, así como a nivel de redes comunitarias, a efectos de mejorar la transmisión de la información.

Particular atención merece el desarrollo y la amplificación de experiencias en la estrategia de Hospitales Seguros.

5.3.1. *Enfoque estratégico:* Fortalecimiento de los Comités Departamentales de Emergencia e impulso de comités a nivel de municipios.

5.3.2. *Enfoque estratégico:* Facilitar la extensión de la evaluación de las instituciones hospitalarias en base a la Estrategia Hospitales Seguros.

5.3.3. *Enfoque estratégico:* Catalizar procesos de colectivización de buenas prácticas sobre comunicación de riesgo entre profesionales de la salud y trabajadores de la comunicación.

5.4. Abordaje de las adicciones. Configura un campo de particular sensibilidad social, y que exige políticas públicas intersectoriales. La cooperación de la OPS debe contribuir a la difusión de los resultados de las evaluaciones disponibles sobre las políticas públicas implementadas respecto a esta temática. En el área de los tratamientos de adicciones es conveniente difundir y promover metodologías de intervenciones breves. Es prioritario impulsar el fuerte involucramiento de las instituciones del Estado y la sociedad civil en la profundización de las acciones en contra del Tabaquismo, que han colocado al país en situación de liderazgo a nivel internacional. Deben apoyarse líneas de trabajo para extender las respuestas ante el consumo problemático de alcohol.

5.4.1. *Enfoque estratégico:* Cooperar en orden a la sostenibilidad de las políticas públicas emanadas de la Junta Nacional de Drogas para el control de las adicciones y su articulación con los servicios de salud.

5.4.2. *Enfoque estratégico:* Estimular el avance de la aplicación en el país de de la Estrategia Mundial para reducir el uso abusivo de Alcohol.

5.4.3. *Enfoque estratégico:* Potenciar las acciones de control del Tabaquismo ampliando su base de sustentación social y aumentando el involucramiento de diversos organismos más allá del sector salud, hacia la consolidación de una política pública y de Estado.

¿EN QUÉ ETAPA DE LA ENFERMEDAD ESTÁS?

Tarde o temprano,
fumar te mata.

El daño que cada cigarrillo
produce es irreparable
y casi siempre, invisible.

www.puedodejar.com
0800 4866



5.3. Validación del programa estratégico de la ECP con las prioridades de la política, Estrategia o Plan Nacional de Salud (PEPNS).

Para identificar los aspectos centrales de la política, la estrategia y los planes de salud se ha recurrido a la Ley de Presupuesto quinquenal 2010 – 2014, donde la asignación de recursos y su fundamentación ponen en evidencia las prioridades del gobierno nacional en materia de salud. Sus elementos de correspondencia entre las prioridades estratégicas del CCP se presentan en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Vinculación de las prioridades estratégicas de la ECP con las prioridades y estrategias de las políticas nacionales en salud, expresadas en la Ley de Presupuesto Nacional 2010 – 2014 (Ley 18.719)

Prioridades estratégicas de la ECP	Artículos de la Ley de Presupuesto Nacional 2010 – 2014
<p>1 Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostener el ejercicio de la Rectoría de la ASN y la armonización de la cooperación internacional. - Plan Nacional de Salud, fortaleciendo un Modelo de Atención centrado en la APS, prevención, promoción de salud e igualdad de género, con atención oportuna, integral, segura, de calidad, con enfoque de curso de vida. - Superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud, las desigualdades territoriales/poblacionales, y del gasto público y asignación presupuestaria. - Conformación de RISS con continuidad en los niveles de atención, la complementación público-público y público-privado, e inversiones en infraestructura y distribución de recursos humanos para territorios rezagados. - Regulación y fiscalización desde la ASN (Política de Medicamentos y Tecnologías Médicas); normalización sobre procedimientos, productos de alto costo/complejidad, y modalidades/precios de remuneración de prestadores. - Fortalecer la gerencia de los servicios del SNIS: reposicionamiento institucional, descentralización, regionalización y la reorganización y modernización gerencial de ASSE. - Innovaciones en el campo de la seguridad del paciente, control de calidad, y prevención de la violencia en las instituciones de salud. - Inclusión sucesiva de colectivos poblacionales FONASA, hacia la Cobertura Universal y la solidaridad y redistribución en el financiamiento. 	<p><i>Artículo 546. "El Ministerio de Salud Pública, con la finalidad del mejor aprovechamiento de su capacidad técnica, material y humana, podrá celebrar convenios con personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, (...) para la prestación de servicios o colaboración en actividades que por su especialidad, relevancia social o conveniencia pública le sean requeridas..."</i></p> <p><i>Artículo 573. "Créase en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", la unidad ejecutora 105 "Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud", quien tendrá dentro de sus cometidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>A) Brindar soporte técnico y administrativo a los procesos de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud y asesoramiento en temas de su especialidad.</i> <i>B) Efectuar el seguimiento a los Contratos de Gestión y las Metas Asistenciales que la Junta Nacional de Salud establezca con los prestadores financiados por el Seguro Nacional de Salud.</i> <i>C) Controlar la calidad de los servicios y los procesos asistenciales brindados en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.</i> <i>D) Estudiar los proyectos de ampliación de servicios y los planes de desarrollo institucional, en el marco de las prioridades asistenciales" (...)</i> <i>" E) Fomentar la participación social.</i> <i>F) Realizar los estudios económicos necesarios para la ampliación, desarrollo y regulación del Seguro Nacional de Salud.</i> <i>G) Propender al desarrollo de los recursos humanos necesarios para el nuevo modelo de atención que requiere el Sistema Nacional Integrado de Salud."</i> <p><i>Artículo 741."Créase la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS). La misma estará integrada por la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social, el</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los avances en el proceso de transformación del sistema, la extensión de Protección Social en Salud, y reducción de la exclusión, considerando sus diversos determinantes. 	<p><i>Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Banco de Seguros del Estado y las Intendencias Municipales. (...) El Consejo Directivo tendrá como cometidos, entre otros, el diseño de la estructura interna de la RIEPS y la elaboración de un plan estratégico para la misma..."</i></p>
<p>2</p>	<p><u>Fortalecimiento Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y el Control de Enfermedades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología, gestión del riesgo, vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles, ECNT, siniestros, accidentes y violencias, y formación en epidemiología de campo. - Implementación del Centro Nacional de Enlace del RSI, coordinación de las entidades gubernamentales, descentralización de la vigilancia, alerta temprana y respuesta. - Organizar la Red de Laboratorios de Salud Pública, actualización tecnológica y de recursos humanos, modernización gerencial del Laboratorio Central, complementación con los laboratorios de la UDELAR, LATU y Comisiones Honorarias. -Fortalecer capacidades nacionales de formulación e implementación de planes de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del PAI y las compras al Fondo Rotario del PAI. - Mecanismos interinstitucionales e intersectoriales de articulación y coordinación de las acciones de vigilancia, incluyendo las interacciones salud-agricultura y salud-medioambiente. - Monitorear el cumplimiento de las responsabilidades y obligaciones para la implementación del RSI. 	<p><i>Artículo 567. "Créanse en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", unidad ejecutora 103 "Dirección General de la Salud", programa 441 "Rectoría de Salud", dieciocho cargos escalafón A grado 04 serie Profesional, a efectos de cumplir funciones en las Direcciones Departamentales de Salud.</i></p>
<p>3</p>	<p><u>Desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan maestro hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos de recolección y generación de datos, y desarrollo de las capacidades y competencias para su análisis y utilización. - Garantizar el acopio regular y sistemático de datos vitales y epidemiológicos, el manejo oportuno de 	<p><i>Artículo 160. "La Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) deberá ejercer todas las acciones necesarias para el cumplimiento de los fines y principios establecidos en la presente ley y tendrá las siguientes potestades:</i></p> <p><i>A) Dictar y proponer las políticas, normas, estándares y procedimientos que deberán ser tenidos en cuenta por los organismos estatales y no estatales para garantizar la interoperabilidad" (...)</i></p>

	<p>la información, facilitando la interconexión y compatibilidad de los sistemas disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar Encuestas Nacionales sobre enfermedades prevalentes y factores de riesgo, con énfasis en las ECNT. - Diseminar oportunamente la información demográfica y epidemiológica, en coordinación con el INE, la OPP y el MIDES. - Monitorear la evolución del alcance de los ODM 4, 5 y 6, y de las Metas Prestacionales del SNIS. - Desarrollar e implementar Sistemas de Información Gerencial y de evaluación de desempeño de los servicios integrantes del SNIS. 	<p><i>Artículo 542. "Las instituciones de asistencia médica colectiva, las instituciones de asistencia médica privada particular de cobertura total o parcial, así como las instituciones del sector público, cualquiera sea su naturaleza, que presten asistencia médica, o que brinden financiamiento, deberán presentar ante el Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública, información sobre beneficiarios, recursos humanos, datos asistenciales, económico financieros, de organización, así como aquella que determine el Poder Ejecutivo a fin de asegurar el efectivo cumplimiento de las obligaciones impuestas a cada prestador por la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007 incluida la relativa a Cuentas Nacionales."</i></p>
<p>4</p>	<p><u>Consolidación de una Política de Recursos Humanos,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar/capacitar una masa crítica de agentes de cambio, para sostener y profundizar el proceso de transformación del sistema de salud en sus componentes político-ideológico, estratégico, gerencial y técnico, mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública. - Establecer la dotación ideal de recursos humanos en las unidades asistenciales y servicios integrantes del SNIS, ajustada al Modelo de Atención en cantidad, distribución y perfil de competencias. - Respalda las Facultades del Área Salud de la UDELAR en la implantación de los cambios necesarios en sus Planes de Estudios, adecuándolos al Modelo de Atención del SNIS y a los sistemas de salud basados en la APS. - Mecanismos institucionales de intercambio de informaciones sobre la Fuerza de Trabajo en Salud, discusión de reivindicaciones y negociación de conflictos, con participación activa de todos los actores involucrados, especialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud. 	<p><i>Artículo 573. "Créase en el Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", la unidad ejecutora 105 "Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud", quien tendrá dentro de sus cometidos: (...)</i></p> <p><i>"G) Propender al desarrollo de los recursos humanos necesarios para el nuevo modelo de atención que requiere el Sistema Nacional Integrado de Salud."</i></p>
<p>5</p>	<p><u>Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la articulación de distintos Ministerios y entes autónomos, Intendencias Departamentales y Municipios para fortalecer el accionar intersectorial, con especial atención en 	<p><i>Artículo 745. "Incrementátese en el Inciso 21 "Subsidios y Subvenciones" las partidas asignadas a las instituciones que se enumeran, en los importes en moneda nacional y para los ejercicios, programas y</i></p>

<p>las ECNT, la seguridad vial, la violencia doméstica y de género; la seguridad alimentaria y la promoción de la estrategia de EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sustener las políticas de lucha contra el tabaquismo y la aplicación del CMCT, y la implementación de políticas de prevención de usos problemáticos de alcohol y drogas. - Mecanismos institucionales de participación y control social propios del SNIS, especialmente la JUNASA, las Juntas Departamentales de Salud, Directorio de ASSE y la CONASIDA. - Planes de contingencias nacionales, departamentales y locales ante emergencias, desastres y eventos inesperados, inclusive Hospitales Seguros. - Foros de discusión sobre temáticas emergentes que exigen articulación conceptual y operativa del Estado y la sociedad civil, hacia la construcción participativa de políticas públicas enmarcadas por los enfoques de Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, e Igualdad de Género. - Apoyar esfuerzos de la sociedad civil que eleven a la agenda pública y al debate político temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos. 	<p>unidades ejecutoras que se detallan a continuación” (...) “Mov. Nal. de Usuarios de Serv. de Salud Pública (...)”</p> <p>Artículo 621. "Crease en el Inciso 15 "Ministerio de Desarrollo Social" el Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS) (...) Esta unidad tendrá los siguientes cometidos (...)</p> <p>B) Proporcionar a decisores, gestores e investigadores una visión integrada de la política social y su alcance, al mismo tiempo que posibilitar la elaboración y el desarrollo de planes estratégicos en el campo de las políticas sociales.</p> <p>C) Establecer los estándares necesarios para la articulación y coordinación de las diferentes instituciones que realizan políticas sociales integradas al sistema desde la perspectiva de un intercambio sistemático y permanente de información.</p> <p>(...) Crease un Comité Técnico de Dirección del Sistema de Información Integrada del Área Social integrado por un representante de los siguientes órganos: Administración de los Servicios de Salud del Estado, Banco de Previsión Social, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Desarrollo Social, cuyo representante lo presidirá.”</p>
--	---

5.4. Validación del programa estratégico de la ECP con los productos y resultados del marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo - MANUD.

Las Prioridades Estratégicas de la ECP presenta nexos con los efectos directos descritos en el MANUD 2011-2015 que se pretenden alcanzar mediante el trabajo conjunto del SNU y el Gobierno de Uruguay, que devienen de las áreas identificadas como prioritarias en el documento CCA, elaborado por el SNU entre julio y diciembre de 2009. Los efectos directos que vinculan con mayor claridad son el 3 y el 4 (parcialmente):

“3. Avanzar en el desarrollo social (con particular énfasis en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a la reducción de la desigualdad y las distintas expresiones de inequidad (intergeneracionales, de género, raciales y territoriales).

*4. Consolidar la gobernabilidad democrática a nivel nacional y local a través de la participación ciudadana, el fortalecimiento de las instituciones del estado y del sistema nacional de protección integral de los derechos humanos, según las declaraciones y convenios ratificados por Uruguay”.*⁴⁴

El Cuadro 5 permite visualizar la correspondencia entre las prioridades estratégicas de la ECP con los efectos directos y productos principales previstos en MANUD 2011-2015.

Cuadro 5. Vinculación de las prioridades estratégicas de la ECP con los resultados del MANUD.			
Prioridades estratégicas de la ECP		Efectos directos del MANUD 2011 - 2015	Productos principales del MANUD
1	<p><u>Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostener el ejercicio de la Rectoría de la ASN y la armonización de la cooperación internacional. - Plan Nacional de Salud, fortaleciendo un Modelo de Atención centrado en la APS, prevención, promoción de salud e igualdad de género, con atención oportuna, integral, segura, de calidad, con enfoque de curso de vida. - Superar la fragmentación y 	<p><i>Avanzar en el desarrollo social (con particular énfasis en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a la reducción de la desigualdad y las distintas expresiones de inequidad (intergeneracionales,</i></p>	<p>Avanzar en el diseño e implementación de políticas de protección social dirigidas a la primera infancia y a su entorno familiar.</p> <p>Avanzar en la consolidación del sistema nacional integrado de salud, en el fortalecimiento de</p>

⁴⁴ Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay 2011-2015

	<p>segmentación del sistema de salud, las desigualdades territoriales/poblacionales, y del gasto público y asignación presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de RISS con continuidad en los niveles de atención, la complementación público-público y público-privado, e inversiones en infraestructura y distribución de recursos humanos para territorios rezagados. - Regulación y fiscalización desde la ASN (Política de Medicamentos y Tecnologías Médicas); normalización sobre procedimientos, productos de alto costo/complejidad, y modalidades/precios de remuneración de prestadores. - Fortalecer la gerencia de los servicios del SNIS: reposicionamiento institucional, descentralización, regionalización y la reorganización y modernización gerencial de ASSE. - Innovaciones en el campo de la seguridad del paciente, control de calidad, y prevención de la violencia en las instituciones de salud. - Inclusión sucesiva de colectivos poblacionales FONASA, hacia la Cobertura Universal y la solidaridad y redistribución en el financiamiento. - Evaluar los avances en el proceso de transformación del sistema, la extensión de Protección Social en Salud, y reducción de la exclusión, considerando sus diversos determinantes. 	<p><i>de género, raciales y territoriales).</i></p>	<p>las políticas de salud pública y en la universalización del acceso</p> <p>a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Avanzar en el diseño e implementación de políticas y mecanismos institucionales que consoliden una respuesta nacional al VIH sida orientada a las metas del Acceso Universal al apoyo, tratamiento, atención y prevención y combatan toda forma de estigma y discriminación.</p> <p>Actividades contra el estigma y la discriminación relacionadas al VIH, orientación sexual e identidad de género.</p>
<p>2</p>	<p><u>Fortalecimiento Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y el Control de Enfermedades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología, gestión del riesgo, vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles, ECNT, siniestros, accidentes y violencias, y formación en epidemiología de campo. - Implementación del Centro Nacional de Enlace del RSI, coordinación de las entidades gubernamentales, descentralización de la vigilancia, alerta temprana y respuesta. - Organizar la Red de Laboratorios de Salud Pública, actualización tecnológica y de recursos humanos, modernización gerencial del Laboratorio Central, complementación con los laboratorios de la UDELAR, LATU y Comisiones 	<p><i>Avanzar en el desarrollo social (con particular énfasis en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a la reducción de la desigualdad y las distintas expresiones de inequidad (intergeneracionales, de género, raciales y territoriales).</i></p>	<p>Apoyo al Sistema en las áreas y programas prioritarios</p> <p>Fortalecimiento de las capacidades de monitoreo y evaluación de los principales actores de la respuesta nacional al VIH.</p>

	<p>Honorarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fortalecer capacidades nacionales de formulación e implementación de planes de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del PAI y las compras al Fondo Rotario del PAI. - Mecanismos interinstitucionales e intersectoriales de articulación y coordinación de las acciones de vigilancia, incluyendo las interacciones salud-agricultura y salud-medioambiente. - Monitorear el cumplimiento de las responsabilidades y obligaciones para la implementación del RSI. 		
3	<p><u>Desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan maestro hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos de recolección y generación de datos, y desarrollo de las capacidades y competencias para su análisis y utilización. - Garantizar el acopio regular y sistemático de datos vitales y epidemiológicos, el manejo oportuno de la información, facilitando la interconexión y compatibilidad de los sistemas disponibles. - Realizar Encuestas Nacionales sobre enfermedades prevalentes y factores de riesgo, con énfasis en las ECNT. - Diseminar oportunamente la información demográfica y epidemiológica, en coordinación con el INE, la OPP y el MIDES. -Monitorear la evolución del alcance de los ODM 4, 5 y 6, y de las Metas Prestacionales del SNIS. -Desarrollar e implementar Sistemas de Información Gerencial y de evaluación de desempeño de los servicios integrantes del SNIS. 	<p><i>Avanzar en el desarrollo social (con particular énfasis en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a la reducción de la desigualdad y las distintas expresiones de inequidad (intergeneracionales, de género, raciales y territoriales).</i></p>	<p>Avanzar en la consolidación del sistema nacional integrado de salud, en el fortalecimiento de las políticas de salud pública y en la universalización del acceso a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Producción de informaciones estratégicas que permitan conocer mejor la epidemia de VIH y diseñar políticas basadas en evidencias.</p>
4	<p><u>Consolidación de una Política de Recursos Humanos.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar/capacitar una masa crítica de agentes de cambio, para sostener y profundizar el proceso de transformación del sistema de salud en sus componentes político-ideológico, estratégico, gerencial y 	<p><i>Avanzar en el desarrollo social (con particular énfasis en las áreas de desarrollo infantil temprano, salud y educación) apuntando a la reducción de la</i></p>	<p>Avanzar en el diseño e implementación de políticas de protección social dirigidas a la primera infancia y a su entorno familiar.</p>

	<p>técnico, mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la dotación ideal de recursos humanos en las unidades asistenciales y servicios integrantes del SNIS, ajustada al Modelo de Atención en cantidad, distribución y perfil de competencias. - Respaldar las Facultades del Área Salud de la UDELAR en la implantación de los cambios necesarios en sus Planes de Estudios, adecuándolos al Modelo de Atención del SNIS y a los sistemas de salud basados en la APS. - Mecanismos institucionales de intercambio de informaciones sobre la Fuerza de Trabajo en Salud, discusión de reivindicaciones y negociación de conflictos, con participación activa de todos los actores involucrados, especialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud. 	<p><i>desigualdad y las distintas expresiones de inequidad (intergeneracionales, de género, raciales y territoriales).</i></p>	<p>Avanzar en la consolidación del sistema nacional integrado de salud, en el fortalecimiento de las políticas de salud pública y en la universalización del acceso a la salud sexual y reproductiva.</p>
<p>5</p>	<p><u>Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la articulación de distintos Ministerios y entes autónomos, Intendencias Departamentales y Municipios para fortalecer el accionar intersectorial, con especial atención en las ECNT, la seguridad vial, la violencia doméstica y de género; la seguridad alimentaria y la promoción de la estrategia de EPS. - Sustener las políticas de lucha contra el tabaquismo y la aplicación del CMCT, y la implementación de políticas de prevención de usos problemáticos de alcohol y drogas. - Mecanismos institucionales de participación y control social propios del SNIS, especialmente la JUNASA, las Juntas Departamentales de Salud, Directorio de ASSE y la CONASIDA. - Planes de contingencias nacionales, departamentales y locales ante emergencias, desastres y eventos inesperados, inclusive Hospitales Seguros. - Foros de discusión sobre temáticas emergentes que exigen articulación conceptual y operativa del Estado y la sociedad civil, hacia la construcción participativa de políticas públicas 	<p><i>Consolidar la gobernabilidad democrática a nivel nacional y local a través de la participación ciudadana, el fortalecimiento de las instituciones del estado y del sistema nacional de protección integral de los derechos humanos, según las declaraciones y convenios ratificados por Uruguay.</i></p>	<p>Avanzar en el diseño e implementación de políticas y mecanismos institucionales que permitan reducir las inequidades de género, generacionales y raciales.</p> <p>Implementar políticas de cohesión social (en particular hábitat e integración residencial) dirigidas a reducir las brechas de exclusión expresadas territorialmente y con la diáspora.</p> <p>Transversalizar la perspectiva de género en los distintos planes y programas elaborados por el gobierno.</p> <p>Fortalecer a las organizaciones de la</p>

<p>enmarcadas por los enfoques de Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, e Igualdad de Género.</p> <p>- Apoyar esfuerzos de la sociedad civil que eleven a la agenda pública y al debate político temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos.</p>		<p>sociedad civil para la incidencia en las políticas públicas de igualdad de género así como en su capacidad propositiva y de monitoreo.</p> <p>Fomentar la construcción de redes y liderazgos de las organizaciones en lo local como forma de territorializar las políticas de igualdad de género</p>
---	--	---

5.5. Análisis de consistencia del programa estratégico de la ECP con los objetivos estratégicos del Plan de Trabajo Bienal

En el Cuadro 6 se presenta la correspondencia entre las prioridades estratégicas de la ECP y los retos identificados en el **Plan de Trabajo Bienal 2012 – 2013** elaborado por la Representación de OPS/OMS en Uruguay y que definen las grandes líneas programáticas de sus acciones de cooperación en el país.

Cuadro 6. Vinculación de las prioridades estratégicas de la ECP con los retos identificados en el Plan de Trabajo Bienal 2012 – 2013

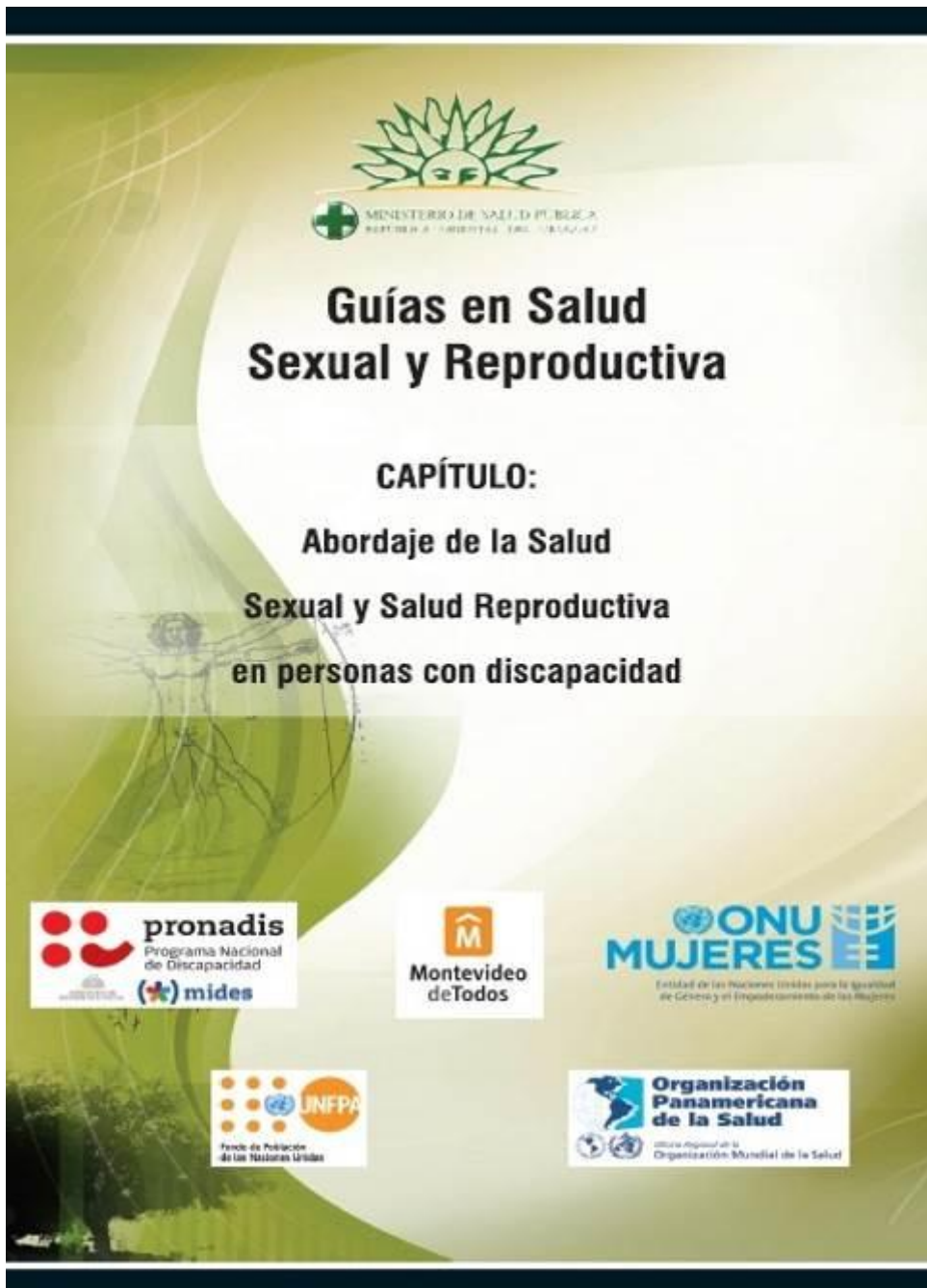
Prioridades estratégicas de la ECP 2012 - 2015	Proyectos del PTB 2012 – 2013	Retos/desafíos del Plan de Trabajo Bienal 2012 – 2013
<p>1 <u>Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS</u></p> <p>- Sostener el ejercicio de la Rectoría de la ASN y la armonización de la cooperación internacional.</p> <p>- Plan Nacional de Salud, fortaleciendo un Modelo de Atención centrado en la APS, prevención, promoción de salud e igualdad de género, con atención oportuna, integral, segura, de calidad, con enfoque de curso de vida.</p> <p>- Superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud, las desigualdades territoriales/poblacionales, y del gasto público y asignación presupuestaria.</p> <p>- Conformación de RISS con continuidad en los niveles de atención, la complementación</p>	<p>Tema 1. Políticas, Sistemas, y Servicios de Salud</p>	<p>Reto 2: Respaldar el accionar gubernamental para alcanzar la cobertura universal y el incremento de la equidad y solidaridad del Seguro Nacional de Salud/ FONASA.</p> <p>Reto 4: Abogar por la elaboración e implementación de una Política Nacional de Medicamentos y Tecnologías Médicas</p> <p>Reto 5: Fortalecer la gestión de los</p>

	<p>público-público y público-privado, e inversiones en infraestructura y distribución de recursos humanos para territorios rezagados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulación y fiscalización desde la ASN (Política de Medicamentos y Tecnologías Médicas); normalización sobre procedimientos, productos de alto costo/complejidad, y modalidades/precios de remuneración de prestadores. - Fortalecer la gerencia de los servicios del SNIS: reposicionamiento institucional, descentralización, regionalización y la reorganización y modernización gerencial de ASSE. - Innovaciones en el campo de la seguridad del paciente, control de calidad, y prevención de la violencia en las instituciones de salud. - Inclusión sucesiva de colectivos poblacionales FONASA, hacia la Cobertura Universal y la solidaridad y redistribución en el financiamiento. - Evaluar los avances en el proceso de transformación del sistema, la extensión de Protección Social en Salud, y reducción de la exclusión, considerando sus diversos determinantes. 		<p>Servicios de Salud que conforman el SNIS.</p> <p>Reto 6:</p> <p>Diseminar e incentivar la renovación de la APS y la conformación de Redes Integradas de Servicios.</p>
		<p>Tema 3. Atención a grupos poblacionales prioritarios</p>	<p>Reto 1: Desarrollar y abogar por una estrategia de organización de la atención a la salud basada en el abordaje de ciclo de vida, que integre los programas verticales y fragmentados</p> <p>Reto 6: Respaldar el accionar gubernamental en la expansión de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y la tramitación legislativa de la discriminación del aborto</p> <p>Reto 8: Desarrollar capacidades institucionales y comunitarias para la implementación de acciones preventivas de ECNT, con énfasis en actividad física, deporte, y alimentación saludable.</p>
<p>2</p>	<p><u>Fortalecimiento Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y el Control de Enfermedades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología, gestión del riesgo, vigilancia, prevención y control de enfermedades transmisibles, ECNT, siniestros, accidentes y violencias, y formación en epidemiología de campo. - Implementación del Centro Nacional de Enlace del RSI, coordinación de las entidades gubernamentales, descentralización de la vigilancia, alerta temprana y respuesta. - Organizar la Red de Laboratorios de Salud Pública, actualización tecnológica y de recursos humanos, modernización gerencial del Laboratorio Central, complementación con los laboratorios de la UDELAR, LATU y Comisiones Honorarias. -Fortalecer capacidades nacionales de formulación e implementación de planes de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del PAI y las 	<p>Tema 1. Políticas, Sistemas, y Servicios de Salud.</p>	<p>Reto 1:</p> <p>Sostener y fortalecer el ejercicio de la función de Rectoría de la ASN.</p>
		<p>Tema 2. Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades y Desarrollo Sostenible</p>	<p>Reto 1: Fortalecer las capacidades nacionales en prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles de todo tipo.</p> <p>Reto 3: Desarrollar las capacidades nacionales en salud pública, epidemiología y vigilancia para cumplir con las obligaciones y pleno funcionamiento del RSI.</p> <p>Reto 4: Fortalecer las capacidades nacionales de formulación e implementación de planes y estrategias de inmunoprevención, la mejora de la gestión y operación del PAI y de las compras al Fondo Rotatorio de Vacunas</p> <p>Reto 5: Sostener y fortalecer las iniciativas para la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad</p>

	<p>compras al Fondo Rotario del PAI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos interinstitucionales e intersectoriales de articulación y coordinación de las acciones de vigilancia, incluyendo las interacciones salud-agricultura y salud-medioambiente. - Monitorear el cumplimiento de las responsabilidades y obligaciones para la implementación del RSI 		<p>de Chagas en la Región y en URU.</p> <p>Reto 6: Cooperar en el fortalecimiento de las iniciativas para el control de equinocosis quística en la Región y en URU.</p> <p>Reto 7: Promover la formación de alianzas para el desarrollo de las capacidades a nivel nacional y departamental en promoción, prevención, vigilancia y control en salud ambiental y ocupacional.</p> <p>Reto 8: Promover la formación de alianzas para fortalecer las capacidades nacionales y municipales en seguridad e inocuidad alimentaria.</p>
3	<p><u>Desarrollo de un Sistema Nacional Integrado de Información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan maestro hacia la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Información, con productos concretos de recolección y generación de datos, y desarrollo de las capacidades y competencias para su análisis y utilización. - Garantizar el acopio regular y sistemático de datos vitales y epidemiológicos, el manejo oportuno de la información, facilitando la interconexión y compatibilidad de los sistemas disponibles. - Realizar Encuestas Nacionales sobre enfermedades prevalentes y factores de riesgo, con énfasis en las ECNT. - Diseminar oportunamente la información demográfica y epidemiológica, en coordinación con el INE, la OPP y el MIDES. -Monitorear la evolución del alcance de los ODM 4, 5 y 6, y de las Metas Prestacionales del SNIS. -Desarrollar e implementar Sistemas de Información Gerencial y de evaluación de desempeño de los servicios integrantes del SNIS 	<p>Tema 2. Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades y Desarrollo Sostenible</p>	<p>Reto 2: Sostener y fortalecer las iniciativas de mejoría continua de los Sistemas de Información en Salud, y la generación y diseminación oportuna de información demográfica y epidemiológica de calidad.</p>
		<p>Tema 4. Gestión del Conocimiento, Comunicación y Movilización Social</p>	<p>Reto 7: Proveer servicios y productos al gobierno, profesionales y sociedad, y promover la formación de alianzas, para garantizar e incrementar el acceso y utilización del mejor conocimiento científico disponible en la toma de decisiones.</p>
4	<p><u>Consolidación de una Política de Recursos Humanos,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar/capacitar una masa crítica de agentes de cambio, para sostener y profundizar el proceso de transformación del sistema de salud en sus componentes político-ideológico, 	<p>Tema 1. Políticas, Sistemas, y Servicios de Salud</p>	<p>Reto 3: Promover la formación de alianzas y desarrollar iniciativas para mejorar la cantidad y calidad de RRHH del Sector Salud</p>

	<p>estratégico, gerencial y técnico, mediante la creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la dotación ideal de recursos humanos en las unidades asistenciales y servicios integrantes del SNIS, ajustada al Modelo de Atención en cantidad, distribución y perfil de competencias. - Respalda las Facultades del Área Salud de la UDELAR en la implantación de los cambios necesarios en sus Planes de Estudios, adecuándolos al Modelo de Atención del SNIS y a los sistemas de salud basados en la APS. - Mecanismos institucionales de intercambio de informaciones sobre la Fuerza de Trabajo en Salud, discusión de reivindicaciones y negociación de conflictos, con participación activa de todos los actores involucrados, especialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud. 	<p>Tema 2. Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades y Desarrollo Sostenible</p>	<p>Reto 9: Abogar por e incentivar los procesos de descentralización de capacidades institucionales y comunitarias que sean parte de la vigilancia, prevención y control de enfermedades y de calidad y saneamiento ambiental</p>
		<p>Tema 3. Atención a grupos poblacionales prioritarios.</p>	<p>Reto 2: Diseminar la Iniciativa Maternidad Segura.</p> <p>Reto 3: Incentivar la implementación de la estrategia AIEPI en los servicios públicos y privados</p> <p>Reto 4: Diseminar y promover la expansión de la Práctica de Restauración Atraumática- PRAT</p>
		<p>Tema 4. Gestión del Conocimiento, Comunicación y Movilización Social</p>	<p>Reto 3: Promover la expansión de la Iniciativa Hospitales Seguros.</p> <p>Reto 4: Desarrollar e intensificar la utilización de la Comunicación de Riesgo, como herramienta sustantiva en el accionar epidemiológico.</p>
5	<p><u>Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la articulación de distintos Ministerios y entes autónomos, Intendencias Departamentales y Municipios para fortalecer el accionar intersectorial, con especial atención en las ECNT, la seguridad vial, la violencia doméstica y de género; la seguridad alimentaria y la promoción de la estrategia de EPS. - Sostener las políticas de lucha contra el tabaquismo y la aplicación del CMCT, y la implementación de políticas de prevención de usos problemáticos de alcohol y drogas. - Mecanismos institucionales de participación y control social propios del SNIS, especialmente la JUNASA, las Juntas Departamentales de Salud, Directorio de ASSE y la CONASIDA. - Planes de contingencias nacionales, departamentales y locales ante emergencias, desastres y eventos inesperados, inclusive Hospitales Seguros. - Foros de discusión sobre temáticas emergentes que exigen articulación conceptual y operativa del Estado y la sociedad civil, hacia la construcción 	<p>Tema 3. Atención a grupos poblacionales prioritarios</p>	<p>Reto 9: Abogar por prevención, y fortalecer la respuesta institucional de los servicios de salud frente a la violencia de género, doméstica y sexual</p> <p>Reto 10: Cooperar con la formulación e institucionalización del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, incluida la atención a la discapacidad y la rehabilitación de base comunitaria</p>
		<p>Tema 4. Gestión del Conocimiento, Comunicación y Movilización Social</p>	<p>Reto 1: Respalda el accionar gubernamental en la lucha contra el Tabaquismo y profundizar la aplicación del Convenio Marco.</p> <p>Reto 2: Abogar por e Impulsar el proceso de institucionalización del Sistema Nacional de Emergencias.</p> <p>Reto 6: Sustentar y fortalecer las capacidades nacionales, municipales y locales en Seguridad Vial</p>

<p>participativa de políticas públicas enmarcadas por los enfoques de Derechos Humanos, Desarrollo Sostenible, e Igualdad de Género.</p> <p>- Apoyar esfuerzos de la sociedad civil que eleven a la agenda pública y al debate político temáticas relegadas que afectan a grupos poblacionales específicos.</p>		



Sección 6.

Ejecución del programa estratégico: Implicaciones para la Representación de la OPS/OMS en Uruguay

La ejecución del proyecto estratégico se desarrollará en un marco institucional de la Representación que está en proceso de ajuste de las capacidades del equipo técnico y administrativo para desempeñarse en un nuevo contexto gerencial que busca enfrentar el incremento, diversificación y descentralización de las actividades de la cooperación técnica, mediante la consolidación de una cultura gerencial orientada a resultados, la revisión de los trámites y procedimientos administrativos internos y el esfuerzo por la sensibilización de las instituciones nacionales para lograr su sintonía con este proceso de innovaciones gerenciales.

La Representación deberá concentrar atención y energía en contribuir al perfeccionamiento de la gestión técnica y administrativa de las instituciones nacionales, particularmente en lo que refiere a procesos y flujos de programación, adquisición, gestión local del PAI y cumplimiento de los compromisos financieros con el Fondo Rotario del PAI para la Compra de Vacunas y el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública; la ejecución de préstamos, subsidios y otros aportes de Acuerdos y Convenios firmados por el país con la cooperación bilateral y multilateral; el adecuado manejo del Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) y del Fondo Global de VIH, Tuberculosis y Malaria (FGATM).

La incorporación de las prioridades y enfoques estratégicos acordados con las autoridades nacionales a los Programa Bienales de Trabajo 2012-13 y 2014-15 exigirá además de la adecuación de los recursos humanos y financieros de la Representación, el ajuste de su red de relacionamientos político institucionales y la conjunción de esfuerzos en la cooperación sur-sur, especialmente con los países sudamericanos.

En un país categorizado como de ingresos medios-altos, sin acceso a recursos de AOD, el financiamiento de las líneas de acción que puedan devenir de la implementación de los enfoques estratégicos priorizados, implicará el desarrollo de una estrategia de movilización de recursos y gestión de proyectos extrapresupuestarios. Esto incluirá la negociación de recursos y actividades conjuntas con Áreas Técnicas de la Sede y el Sistema Naciones Unidas, así como promover y facilitar la cooperación horizontal a través de Proyectos de Cooperación entre Países (TCC/OPS), iniciativas de cooperación bilateral y mecanismos propios de MERCOSUR y UNASUR.

Se deberá fortalecer de las capacidades para la CT armonizando acciones con las demás Agencias, Fondos y Programas del Sistema de Naciones Unidas, eliminando duplicaciones y/o superposiciones de líneas de trabajo y asignación de recursos, a través de la participación activa en el Equipo País (UNCT) y en "Unidos en Acción", incluyendo el Grupo Inter-agencial de Desarrollo Social Equitativo del UNDAF/UNDAP y los Grupos Temáticos de VIH-SIDA y de Género.

Una tarea prioritaria consistirá en sostener y expandir la web de la Representación, las Bibliotecas Virtuales (BVS), la divulgación de publicaciones y documentos oficiales de la OPS/OMS y la utilización de los medios de comunicación y redes sociales, para garantizar el acceso de los profesionales y la población en general a la información oportuna y de calidad.

Se implementarán instancias para la evaluación y actualización periódicas de las prioridades de cooperación definidas en la ECP en consulta con la ASN y el GOE, y se buscará movilizar oportuna y articuladamente los recursos financieros, materiales, humanos, científicos y cognitivos para viabilizar las líneas de trabajo definidas.

Será permanente el esfuerzo por consolidar redes de relacionamiento estratégico, programático y técnico-científico, y diversificar los interlocutores, aliados y socios de la OPS/OMS en el país, a través de Convenios, Acuerdos y/o Programas de Trabajo mutuamente acordados.



Lista de siglas y abreviaturas.

AGESIC	Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AUCI	Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional
BPS	Banco de Previsión Social
CFS	Apoyo a la Atención Centrada en los Países (Country Focus Support)
CHLAEP	Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CHSCV	Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
CNZ	Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis
DIGESA	Dirección General de la Salud
DPES	Departamento de Planificación Estratégica
ECP/CCS	Estrategia de Cooperación Técnica (Country Cooperation Strategy)
ECU	Ecuador
ETAs	Enfermedades transmitidas por alimentos
FEMI	Federación Médica del Interior
FFSP	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FM	Facultad de Medicina
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
GCI	Grupo Coordinador Interno
GDR	Género, Etnicidad y Derechos Humanos (Gender, Diversity and Human Rights)
GOE/SAG	Grupo de Orientación Estratégica (Strategy Advisory Group)
HSD	Vigilancia Sanitaria, Prevención y Control de Enfermedades (<i>Health Surveillance and Diseases Prevention and Control</i>)
HSS	Sistemas y Servicios de Salud (<i>Health Systems based on</i>

	<i>Primary Health Care)</i>
IM	Intendencia de Montevideo
JND	Junta Nacional de Drogas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
KMC	Gestión de Conocimiento e Información (<i>Knowledge Management and Communication</i>)
LATU	Laboratorio Tecnológico del Uruguay
MGAP	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en el Uruguay
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PIT/CNT	Plenario Intersindical de Trabajadores/Convención Nacional de Trabajadores
PTB	Plan de Trabajo Bienal
PWR	Representante Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (<i>PAHO/WHO Representative</i>)
RRHH	Recursos Humanos
SIP	Sistema Informático Perinatal
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UDELAR	Universidad de la República
UDT	Unidad de Descentralización Territorial
UNASEV	Unidad Nacional de Seguridad Vial
UNCT	Grupo de País de Naciones Unidas (<i>United Nations Country Team</i>)
UNDAF	Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas (<i>United Nations Development Assistance Framework</i>)
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNITRAN	Universidad del Tránsito
URU	Uruguay
WDC	Washington, D. C.

Anexo 1. Nómina de participantes e instituciones.

Participante	Cargo / Institución
1. <i>Adriana Alfonso</i>	<i>MSP. Vigilancia epidemiológica.</i>
2. <i>Adriana Rodriguez</i>	<i>BPS</i>
3. <i>Agnes Bonavita</i>	<i>Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional</i>
4. <i>Alberto Di Liscia</i>	<i>ONUDI</i>
5. <i>Alejandra Forlán</i>	<i>Fundación Alejandra Forlán</i>
6. <i>Alejandra López</i>	<i>Directora Ejecutiva, Mujer y Salud Uruguay (MYSU)</i>
7. <i>Alicia Cabrera</i>	<i>Decana Facultad de Enfermería. UDELAR.</i>
8. <i>Alicia Ferreira</i>	<i>Gerente Asistencial de ASSE</i>
9. <i>Alicia Guadalupe</i>	<i>Departamental de Salud Canelones. MSP</i>
10. <i>Ana Lorenzo</i>	<i>Programa Tabaquismo. DPES. MSP</i>
11. <i>Ana Noble</i>	<i>Directora Dpto. Programación Estratégica (DPES. MSP)</i>
12. <i>Ana Pérez</i>	<i>Directora División Evaluación Sanitaria. MSP</i>
13. <i>Andrea Barrios</i>	<i>ANII</i>
14. <i>Andrés del Portillo</i>	<i>Sistema Nacional de Emergencia</i>
15. <i>Ángel Peñalosa</i>	<i>Vicepresidente del Directorio de ASSE</i>
16. <i>Antonio Molpeceres</i>	<i>PNUD</i>
17. <i>Antonio Morales Mengual</i>	<i>FAO</i>
18. <i>Augusto Vitale</i>	<i>Secretaria Nacional de Drogas</i>
19. <i>Beatriz Fajián</i>	<i>PIT/CNT/FFSP (Federación Funcionarios de Salud Pública)</i>
20. <i>Beatriz Ramírez</i>	<i>Directora Instituto Nacional de las Mujeres</i>
21. <i>Beatriz Silva</i>	<i>Presidente del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)</i>
22. <i>Carlos Cal</i>	<i>UNITRAN</i>
23. <i>Carlos Cardozo</i>	<i>Federación Médica del Interior (FEMI)</i>
24. <i>Carlos Márquez</i>	<i>Director Ejecutivo CNZ</i>
25. <i>Cecilia Acosta</i>	<i>Directora del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles MSP</i>

26. Cecilia Miller	PIT/CNT/FUS (Federación Uruguaya de la Salud)
27. Ciro Ferreira	Presidente Comisión Nacional de Zoonosis (CNZ)
28. Clara Niz	Directora del Área Ciclos de Vida MSP
29. Cristina Grela	Asesora en Género. MSP
30. Daniel Olesker	Ministro de Desarrollo Social
31. Daniel Ordoqui	Automóvil Club del Uruguay (ACU)
32. Daniel Pazos	Coordinador Gral. de Unidad de Descentralización Territorial (UDT/MSP)
33. Daniel Vianes	Unidad Nacional de Tránsito (UNITRAN)
34. Diego Soria,	División RRHH/MSP
35. Dr. Luis E. Días	MGAP
36. Eduardo Levcovitz	Representante OPS/OMS en Uruguay
37. Eduardo Manta	Decano Facultad de Química/UDELAR
38. Eduardo Méndez	Director Centro de Estudios del BPS
39. Elena Clavell	Directora Gral. del SNIS/MSP
40. Enrique Buccino	Gerente General de ASSE
41. Enrique Gallo	Presidente de la Junta Nacional de Salud (JUNASA)
42. Enrique Vázquez	HSD/PAR
43. Esmeralda Burbano	GDR (WDC)
44. Estela Harispe	ASSE
45. Fernando Filgueira	Representante del UNFPA/UNCT
46. Fernando Tomasina	Decano Facultad de Medicina /Universidad de la República.
47. Francisco Reyes	Intendencia Canelones
48. Gabriel Antoniol	Profesional Nacional OPS/OMS
49. Gerardo Barrios	Presidente de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV).
50. Gerardo Martínez	CLAP/SMR
51. Gonzalo Carámbula	Director Comunicación Presidencia de la República
52. Graciela Dighiero	Presidente Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV)
53. Guillermo Dutra	OIT

54. Gustavo Delgado	Oficial Nacional OPS/OMS
55. Gustavo Giachetto	Director del Programa Niñez. MSP
56. Gustavo Lancibidad	División Salud. IM.
57. Hebert Tenenbaum	DPES/MSP-Programa Salud Mental
58. Horacio Porciuncula	ASSE - Programa Salud Mental
59. Ida Oreggioni	Gerente División Economía de la Salud. MSP
60. Inés Martínez	LATU
61. Irene Rodríguez	ONU MUJERES
62. Jorge Campanella	Director Nacional Programa Infancia, Adolescencia y Familia. MIDES
63. Jorge Grandi	UNESCO
64. Jorge Rodríguez de Marco	Director Ejecutivo CHLAEP
65. Jorge Venegas	Ministro de Salud Pública
66. José Luis Di Fabio	PWR/Cuba
67. José Luis Varela	Asesor en Comunicación MSP
68. José Mansilla	Fundación Alejandra Forlán
69. Julio Sayes	Comisión ZONOSIS
70. Julio Vignolo	Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. FM. UDELAR
71. Laura Centurión	Secretaria PWR OPS/OMS
72. Laura Ramírez	HSS/ECU
73. Leandro Santos	Programa Salud Rural. DPES. MSP
74. Leticia Rieppi	Directora del Área Salud Sexual y Reproductiva. DPES. MSP
75. Lilián Abracinskas	Directora Ejecutiva, Mujer y Salud Uruguay (MYSU)
76. Lorena Souza	LATU
77. Luis Eduardo Díaz	MGAP
78. Mabel Rodríguez	Directora Relaciones Públicas, Dirección Nac. de Meteorología
79. Marcelo Setaro	Gerente Planificación Estratégica. DPES. MSP
80. María Borthagaray	LATU
81. María Herrera	Secretaria Nacional de Drogas. JND
82. María Julia Muñoz	Presidente Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC)

83. <i>María Pía D'Andrea</i>	<i>Adj. Unidad Técnica Central. MIDES</i>
84. <i>Mariana Drago</i>	<i>Secretaría del Ministro. MIDES</i>
85. <i>Mariana González</i>	<i>Políticas Sociales - Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI)</i>
86. <i>Mario González</i>	<i>OPS/OMS</i>
87. <i>Mario Zelarayán</i>	<i>Director Ejecutivo, CHSCV</i>
88. <i>Marta Soanes</i>	<i>Secretaria Nacional de Drogas. JND</i>
89. <i>Martín Odriozola</i>	<i>Sindicato Médico del Uruguay (SMU)</i>
90. <i>Martín Rodríguez</i>	<i>Director de la Unidad Técnica Central. MIDES</i>
91. <i>Matías Rodríguez</i>	<i>Director Instituto Nacional de la Juventud. MIDES</i>
92. <i>Miguel Fernández Galeano</i>	<i>Profesional Nacional OPS/OMS</i>
93. <i>Milton Romani</i>	<i>Embajador Itinerante en Drogas</i>
94. <i>Mónica Castro</i>	<i>Directora Dpto. de Vigilancia en Salud. MSP</i>
95. <i>Mónica Coll</i>	<i>Asistente Administrativa OPS/OMS</i>
96. <i>Nilsa Iriondo</i>	<i>Federación Médica del Interior (FEMI)</i>
97. <i>Noelia Speranza</i>	<i>Programa de Inmunizaciones. MSP</i>
98. <i>Oscar Gianneo</i>	<i>Fondo Nac. de Recursos (FNR)</i>
99. <i>Pablo Anzalone</i>	<i>Director División Salud. Intendencia de Montevideo</i>
100. <i>Pablo Bianco</i>	<i>Programa Salud Bucal. DPES. MSP</i>
101. <i>Pablo Cabrera</i>	<i>PIT/CNT/FFSP (Federación Funcionarios de Salud Pública)</i>
102. <i>Patricia Cabrera</i>	<i>Representante de los funcionarios de la PWR/Uruguay</i>
103. <i>Patricia Forlán</i>	<i>Presidenta Fundación Alejandra Forlán</i>
104. <i>Paulo Lyra</i>	<i>KMC (WDC)</i>
105. <i>Pedro Friedrich</i>	<i>LATU</i>
106. <i>Pilar González</i>	<i>Directora Área de Promoción y Prevención. DPES. MSP</i>
107. <i>Pilar Irabedra</i>	<i>OPS/OMS</i>
108. <i>Raquel Ramilo</i>	<i>Sub Directora Gral. de la Salud. MSP</i>
109. <i>Raquel Rosa</i>	<i>Directora Div. Epidemiología. MSP</i>
110. <i>Renée Del Castillo</i>	<i>ASSE . Programa Salud Mental</i>
111. <i>Ricardo Alberti</i>	<i>Director Programa Adulto Mayor. MSP</i>

112.	<i>Ricardo Fescina</i>	<i>CLAP/SMR</i>
113.	<i>Roberto Macadar</i>	<i>Facultad de Medicina. UDELAR</i>
114.	<i>Roberto Salvatella</i>	<i>Consultor Regional OPS/OMS</i>
115.	<i>Rodolfo Costas</i>	<i>Director Técnico del Sistema Nacional de Emergencias, Presidencia de la República</i>
116.	<i>Rodolfo Levin</i>	<i>Director de RRHH de ASSE</i>
117.	<i>Rodolfo Silveira</i>	<i>Presidente de Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) y de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII)</i>
118.	<i>Rosa Silvestre</i>	<i>CFS (WDC)</i>
119.	<i>Rosario Berterreche</i>	<i>Directora Programa Salud Rural. MSP</i>
120.	<i>Rosario Oiz</i>	<i>Vicepresidente del Banco de Previsión Social (BPS)</i>
121.	<i>Sergio Curto</i>	<i>Presidente CHLAEP</i>
122.	<i>Silvia Ramón</i>	<i>Directora Ejecutiva CHLCC</i>
123.	<i>Susana Grunbaum</i>	<i>Programa Adolescencia. DPES. MSP</i>
124.	<i>Susane McDade</i>	<i>Coordinadora Residente de las NNUU</i>
125.	<i>Suzanne Serruya</i>	<i>CLAP/SMR</i>
126.	<i>Teresa Almaraz</i>	<i>Asociación Odontológica del Uruguay</i>
127.	<i>Teresa Picón</i>	<i>Directora del Programa Inmunizaciones. MSP</i>
128.	<i>Valeria Ramos</i>	<i>UNFPA</i>
129.	<i>Vicente Plata</i>	<i>FAO</i>
130.	<i>Wilson Benia</i>	<i>Consultor temporario OPS/OMS</i>
131.	<i>Yamandú Bermúdez</i>	<i>Director Gral. de la Salud (DIGESA/MSP)</i>

Anexo 2. Agenda de la Misión.

Estrategia de Cooperación al País- ECP/CCS - 2012- 2015

Montevideo, 12-16 setiembre 2011

<u>Día y hora</u>	<u>Actividad</u>
Lunes 12	
09.00 – 12.00	<p>Reunión de la Misión con el Grupo Coordinador Interno (GCI) de la PWR/Uruguay</p> <p>Integrantes de la Misión:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Rosa Silvestre, CFS (WDC)➤ José Luis Di Fabio, PWR/Cuba➤ Paulo Lyra, KMC (WDC)➤ Esmeralda Burbano, GDR (WDC)➤ Enrique Vázquez, HSD/PAR➤ Laura Ramírez, HSS/ECU <p>Integrantes del GCI:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Eduardo Levcovitz, Representante OPS/OMS en Uruguay➤ Roberto Salvatella, Consultor Regional➤ Gustavo Delgado, Oficial Nacional➤ Gabriel Antonioli, Profesional Nacional➤ Miguel Fernández Galeano, Profesional Nacional➤ Wilson Benia, Relator➤ Mónica Coll, Asistente Administrativa➤ Laura Centurión, Secretaria PWR <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
12.30 – 14.30	<p>Lunch de trabajo de la Misión con Consultores Responsables por Proyectos del PTB-URU</p> <p>Eduardo Levcovitz Roberto Salvatella Gustavo Delgado Miguel Fernández Galeano Gabriel Antonioli Wilson Benia</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (Avda. Brasil 2697esq. Cnel. Alegre) (2ºP.)</i></p>

15.00 – 17.00	Reunión de la Misión con equipo completo de la PWR <i>Lugar: Centro de Estudios del BPS (18 de Julio y Rivera) – Sala 203</i>
Martes 13	
08.30 – 09.30	Desayuno de trabajo con Ministro de Salud Pública, Dr. Jorge Venegas, Sr. Director General de la Salud, Dr. Yamandú Bermúdez, Misión y PWR. <i>Lugar: Hotel NH Columbia (Rbla. Gran Bretaña 473 Tel: 29160001)</i> <i>Restaurante “Portón Nuevo” (Entrepiso)</i>
09.30 – 12.30	Reunión con Misión, Grupo Coordinador Interno (GCI) y Grupo Orientación Estratégica (GOE/SAG) Integrantes del GOE/SAG: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Yamandú Bermúdez, Director Gral. de la Salud (DIGESA/MSP)</i> ▪ <i>Daniel Pazos, Coordinador Gral. de Unidad de Descentralización Territorial (UDT/MSP)</i> ▪ <i>Ana Noble, Directora Dpto. Programación Estratégica (DPES/MSP)</i> ▪ <i>Pablo Anzalone, Director División Salud - Intendencia de Montevideo (IM)</i> ▪ <i>Beatriz Silva, Presidente de la Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE)</i> ▪ <i>Gerardo Barrios, Presidente de la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV).</i> ▪ <i>Fernando Tomasina, Decano Facultad de Medicina /Universidad de la República.</i> ▪ <i>Rosario Oiz, Vicepresidente del Banco de Previsión Social (BPS)</i> ▪ <i>Eduardo Méndez, Director Centro de Estudios del BPS</i> ▪ <i>Fernando Filgueira, Representante del UNFPA/UNCT</i> ▪ <i>Suzanne Serruya en representación de Ricardo Fescina, Director del CLAP/SMR</i> ▪ <i>Alejandra López, Directora Ejecutiva, Mujer y Salud Uruguay (MYSU)</i> ▪ <i>Agnes Bonavita, Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional</i> ▪ <i>Mariana González, Políticas Sociales - Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI)</i> ▪ <i>Patricia Cabrera, representante de los funcionarios de la PWR/Uruguay</i> <i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones (Entrepiso)</i>

<p>12.30 – 14.00</p>	<p>Almuerzo de trabajo con Beatriz Silva, Presidente del Directorio de ASSE; Ángel Peñalosa, Vicepresidente de ASSE; Enrique Buccino, Gerente General de ASSE; Alicia Ferreira, Gerencia Asistencial de ASSE.</p> <p>Eduardo Levcovitz Miguel Fernández Galeano Gabriel Antonioli Gustado Delgado</p> <p><i>Lugar: Hotel NH Columbia -- Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>
<p>14.00 - 16.00</p>	<p>Reunión de la Misión con Grupo-Proceso de Cooperación Técnica Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elena Clavell, Directora Gral. del SNIS/MSP ▪ Enrique Gallo, Presidente de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) ▪ Beatriz Silva, Presidente de ASSE ▪ Daniel Pazos, Coord. Gral. Unidad de Descentralización Territorial (UDT/DIGESA/MSP) ▪ Marcelo Setaro, Gerente Planificación Estratégica/MSP ▪ Ida Oreggioni, Gerente División Economía de la Salud/MSP <p>Eduardo Levcovitz Miguel Fernández Galeano Gabriel Antonioli</p> <p><i>Lugar: Hotel NH Columbia -. Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>
<p>16.00 – 18.00</p>	<p>Reunión de la Misión y Grupo-Proceso de Cooperación Técnica en Vigilancia/Inmunizaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yamandú Bermúdez, Director Gral. de la Salud ▪ Raquel Ramilo, Sub Directora Gral. de la Salud ▪ Raquel Rosa, Directora Div. Epidemiología ▪ Mónica Castro, Directora Dpto de Vigilancia en Salud ▪ Teresa Picón, Directora del Programa Inmunizaciones ▪ José Luis Varela, Asesor en Comunicación MSP ▪ Noelia Speranza, Programa de Inmunizaciones ▪ Sergio Curto, CHLAEP <p>Eduardo Levcovitz Roberto Salvatella Pilar Irabedra</p> <p><i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>

18.15 – 20.00	<p>Conversatorio y refrigerio de la Misión con Presidentes y Directores Ejecutivos de las Comisiones Honorarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciro Ferreira, Presidente Comisión Nacional de Zoonosis (CNZ) ▪ Carlos Márquez, Director Ejecutivo CNZ ▪ Sergio Curto, Presidente Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP) ▪ Jorge Rodríguez de Marco, Director Ejecutivo CHLAEP) ▪ María Julia Muñoz, Presidente Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (CHLCC) ▪ Silvia Ramón, Directora Ejecutiva CHLCC ▪ Graciela Dighiero, Presidente Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (CHSCV) ▪ Mario Zelarayán, Director Ejecutivo, CHSCV <p>Eduardo Levcovitz Roberto Salvatella Miguel Fernández Galeano Gabriel Antoniol.</p> <p><i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>
Miércoles 14	
08.30 – 09.30	<p>Reunión de la Misión con el Equipo de País de Naciones Unidas (UNCT)</p> <p><i>Lugar: PNUD Javier Barrios Amorín 870 P. 2</i></p>
10.00 – 12.00	<p>Reunión de la Misión y Grupo-Proceso de Cooperación Técnica RRHH/CVSP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fernando Tomasina, Decano Facultad de Medicina ▪ Alicia Cabrera, Decana Facultad de Enfermería ▪ Eduardo Méndez, Director Centro de Estudios del BPS ▪ Marisa Buglioli, Dpto. de Medicina Preventiva y Social, FM ▪ Julio Vignolo, Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria, FM ▪ Rodolfo Levin, Director de RRHH de ASSE ▪ Elena Clavell o Diego Soria, División RRHH/MSP <p>Eduardo Levcovitz Gabriel Antoniol</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>

<p>14.00 – 16.00</p>	<p>Reunión de la Misión con el Grupo-Proceso de Cooperación Técnica Ciclos de Vida/SSR/Promoción</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ana Noble, Directora del Dpto. de Programación Estratégica (DPES) ▪ Clara Niz, Directora del Área Ciclos de Vida. ▪ Pilar González, Directora Área de Promoción y Prevención ▪ Susana Grumbaum, Directora del Programa de Adolescentes. ▪ Gustavo Giachetto, Director del Programa Niñez. ▪ Rosario Berterreche, Directora Programa Salud Rural ▪ Leticia Rieppi, Directora del Área Salud Sexual y Reproductiva. ▪ Ricardo Alberti, Director Programa Adulto Mayor ▪ Cristina Grela, Asesora en Género MSP ▪ Cecilia Acosta, Directora del Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. <p>Eduardo Levcovitz Miguel Fernández Galeano Gabriel Antoniol Mario González</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
<p>16.30 – 18.00</p>	<p>Reunión de la Misión con Gremios y Entidades de los Trabajadores de la Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Martín Rebella, Sindicato Médico del Uruguay (SMU) ▪ Martín Odriozola, Sindicato Médico del Uruguay (SMU) ▪ Edgardo Mier, Federación Médica del Interior (FEMI) ▪ Yamandú Fernández, Federación Médica del Interior (FEMI) ▪ Jorge Bermúdez, PIT/CNT/FUS (Federación Uruguaya de la Salud) ▪ Beatriz Fajián, PIT/CNT/FFSP (Federación Funcionarios de Salud Pública) <p>Eduardo Levcovitz Miguel Fernández Galeano Wilson Benia</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
<p>18.30 – 20.00</p>	<p>Reunión de la Misión con el Grupo Coordinador Interno (GCI) de la PWR</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>

Jueves 15	
08.30 – 10.00	<p>Reunión de la Misión con el Equipo del CLAP/SMR. Eduardo Levcovitz Ricardo Fescina Miguel Fernández Galeano Equipo del CLAP/SMR</p> <p><i>Lugar: Sede del CLAP – Hospital de Clínicas P. 16</i></p>
10.30 – 12.45	<p>Reunión de la Misión con Grupo Coodinador Interno y Grupo Orientación Estratégica (GOE/SAG). <i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones – (Entrepiso)</i></p>
13.00- 14.00	<p>Almuerzo - Hotel NH Columbia - Restaurante “Portón Nuevo” (Entrepiso)</p>
14.00 – 16.00	<p>Reunión de la Misión con Grupo-Proceso de Cooperación Técnica RITTI/FNR.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rodolfo Silveira, Presidente de Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU) y de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) ▪ María Laura Fernández, ANII ▪ Eduardo Manta, Decano Facultad de Química/UDELAR ▪ Raquel Ramilo, Sub Directora DIGESA/MSP ▪ Ana Pérez, Directora División Evaluación Sanitaria/MSP ▪ Enrique Soto, Presidente Fondo Nac. de Recursos (FNR) ▪ Alarico Rodríguez, FNR ▪ Oscar Gianneo, Facultad de Medicina <p>Eduardo Levcovitz. Miguel Fernández Galeano <i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>
16.00 – 17.30	<p>Reunión de la Misión con Grupo-Proceso de Cooperación Técnica Observatorio de Género y Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alejandra López, MYSU ▪ Lilián Abracinskas, MYSU ▪ Irene Rodríguez, ONU Mujeres ▪ Fernando Filgueira, UNFPA ▪ Valeria Ramos, UNFPA <p>Eduardo Levcovitz Miguel Fernández Galeano <i>Lugar: Hotel NH Columbia – Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>

17.30 – 19.15	<p>Conversatorio y refrigerio de la Misión con el Ministro de Desarrollo Social (MIDES), Ec. Daniel Olesker y su equipo de Asesores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jorge Campanella, Director Nacional Programa Infancia, Adolescencia y Familia ▪ Beatriz Ramírez, Directora Instituto Nacional de las Mujeres ▪ Matías Rodríguez, Director Instituto Nacional de la Juventud ▪ Martín Rodríguez, Director de la Unidad Técnica Central ▪ María Pía D’Andrea, Adj. Unidad Técnica Central <p>Eduardo Levcovitz Gabriel Antoniol Miguel Fernández Galeano Mario González</p> <p><i>Lugar: Hotel NH Columbia - Sala Misiones (Entrepiso)</i></p>
Viernes 16	
09.30 – 10.30	<p>Reunión de la Misión con el Sr. Ministro de Salud Pública, Jorge Venegas y el PWR.</p> <p><i>Lugar: Despacho Sr. Ministro – MSP, 2do. P</i></p>
11.00 – 13.00	<p>Reunión de la Misión con Grupo-Proceso de Cooperación Técnica Alianza de Seguridad Vial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerardo Barrios, UNASEV ▪ Alejandra Forlán, Fundación Alejandra Forlán ▪ Daniel Vianes, Unidad Nacional de Tránsito (UNITRAN) ▪ Carlos Cal, UNITRAN ▪ Daniel Ordoqui, Automóvil Club del Uruguay (ACU) <p>Eduardo Levcovitz Gustado Delgado</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
13.00 – 14.00	<p>Lunch con Misión y GCI.</p> <p><i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
14.00 – 16.00	<p>Reunión de la Misión con Grupo-Proceso de Cooperación Técnica Comunicación de Riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ José Luis Varela, Asesor en Comunicación MSP ▪ Francisco Muzio, Director Gral. Servicios Ganaderos, MGAP ▪ Gonzalo Carámbula, Director Comunicación Presidencia de la República. ▪ Rodolfo Costas, Director Técnico del Sistema Nacional de Emergencias, Presidencia de la República. ▪ Mabel Rodríguez, Directora Relaciones Públicas, Dirección Nac. de Meteorología

	<p>Eduardo Levcovitz Gustado Delgado Roberto Salvatella <i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P.)</i></p>
16.30 – 18.30	<p>Reunión interna de la misión con el Grupo de Coordinación Interna (GCI) de la PWR. <i>Lugar: Sala de Reuniones de OPS (2do. P)</i></p>
19.00	<p>Confraternización</p>