



Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con la República Oriental del Uruguay

2017-2021

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES
PARA LA SALUD UNIVERSAL



TABLA DE CONTENIDOS

Glosario de siglas y abreviaturas	7
Nota estratégica	11
Resumen	17
Capítulo 1	
Introducción	23
1.1. Proceso de consulta para la elaboración de la estrategia. Etapas y herramientas.	23
1.2. Prioridades estratégicas	24
Capítulo 2	
Situación en materia de salud y desarrollo	31
2.1. Contexto macroeconómico, político y social.	31
2.2. Situación sanitaria.	32
2.3. Respuestas del sistema de salud	41
2.4. «No dejar a nadie atrás», el abordaje de enfoques transversales: derechos humanos, equidad, desigualdades de género, étnico-raciales y discapacidad.	47
2.5. Asociación en pro del desarrollo	48
Capítulo 3	
Programa Estratégico de Cooperación de la OPS/OMS	57
Capítulo 4	
Ejecución del Programa Estratégico: repercusiones para la Secretaría de la OPS/OMS	81
Capítulo 5	
Supervisión y evaluación de la ECP, 2017-2021	89
5.1. Participación en el seguimiento y evaluación.	89
5.2. Calendario.	89
Anexos	93
Referencias bibliográficas	111

Glosario de siglas y abreviaturas

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACV	Accidente Cerebro Vascular
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGESIC	Agencia de Gobierno electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento
ALADI	Asociación Latinoamericana de Integración
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
APS	Atención primaria de salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AUCI	Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
CI	Congreso de Intendentes
CIAT	Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico
CIIH	Comité de Infecciones Intra Hospitalarias
CINTERFOR	Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CNZ	Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis
COSEPA	Comisión de Seguridad del Paciente
DECASEPA	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de Salud Pública
DEMPESA	División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud
DIGESA	Dirección General de Salud
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ECP	Estrategia de Cooperación País
ENT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENDIS	Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil
ENFRENT	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EV	Estadísticas vitales
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

FCTC	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
FESP	Funciones esenciales de salud pública
FGL	Departamento de Familia, Género y Curso de Vida
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HTA	Hipertensión arterial
IAEA	International Atomic Energy Agency
IAMC	instituciones de asistencia médica colectiva
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDRC	Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
IIN	Instituto Interamericano del Niño
INE	Instituto Nacional de Estadística
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
IRAG	Infecciones respiratorias agudas graves
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
JND	Junta Nacional de Drogas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
LATU	Laboratorio Tecnológico del Uruguay
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales
MECNUD	Marco Estratégico de Cooperación de las Naciones Unidas
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MER	Mecanismos de equidad racial
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MGAP	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
MS	Ministerio de Salud
MVOTMA	Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
NNUU	Naciones Unidas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivos estratégicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMT	Operations Management Team, Grupo de Operaciones
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

OSE	Obras Sanitarias del Estado
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PBI	Producto bruto interno
PENCTI	Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación
PIAS	Plan Integral de Atención a la Salud
PGT/OPS	Plan Global de Trabajo de la OPS/OMS
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PRONADIS	Programa Nacional para la Discapacidad
PTB	Plan de Trabajo Bianual
REDIPRA	Reunión de los Directores de los Programas Nacionales de Control de Rabia de las Américas
RE	Resultado esperado
RIM	Resultados inmediatos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SEGIB	Secretaría General Iberoamericana
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SINAE	Sistema Nacional de Emergencias y Desastres
SINATRAN	Sistema de Información Nacional de Tránsito
SIP	Sistema Informático Perinatal
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNU	Sistema de las Naciones Unidas
SSR	Salud sexual y reproductiva
TARV	Terapia antirretroviral
TIC	Tecnología de la información y comunicación
TM5	Tasa de mortalidad de menores de cinco años
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UDELAR	Universidad de la República
UE	Unión Europea
UNASEV	Unidad Nacional de Seguridad Vial
UNCT	United Nations Country Team
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNETE	United Nations Emergency Team
	Grupo de las Naciones Unidas para las Emergencias
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Población
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

NOTA ESTRATÉGICA

COOPERACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CON LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2017-2021

En el proceso de elaboración de la Estrategia de Cooperación País (ECP, o CCS por sus siglas en inglés) se pudieron identificar y jerarquizar las prioridades estratégicas con sus correspondientes ámbitos de actuación en torno a las cuales organizar la contribución de la OPS/OMS en Uruguay para cumplir con el desafío de alcanzar los Objetivos Sanitarios Nacionales establecidos por las autoridades sanitarias nacionales.

Esta instancia se desarrolló en el período de noviembre de 2016 a junio de 2017 con la participación protagónica del Ministerio de Salud, como autoridad sanitaria nacional, instituciones destacadas del sector salud, otros organismos de gobierno nacional y departamental, academia, sociedad civil, Sistema de Naciones Unidas y la Representación de OPS/OMS en Uruguay con el monitoreo y cooperación técnica desde el nivel Regional de la Organización.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE OPS/OMS CON URUGUAY

- **Prioridad estratégica 1:** Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables con reducción de los factores de riesgo.
- **Prioridad estratégica 2:** Aportar a la disminución de la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.
- **Prioridad estratégica 3:** Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida.
- **Prioridad estratégica 4:** Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal.
- **Prioridad estratégica 5:** Fomento de la acción intersectorial, movilización y participación social.

Estas prioridades estratégicas fueron definidas a partir de un amplio y participativo proceso de consulta. Asimismo los ámbitos de actuación constituyen las áreas a nivel de la política, la capacidad de los servicios y de los recursos humanos en los cuales han de obtenerse los logros necesarios para alcanzarlas.

Con la culminación del proceso de elaboración de la ECP/CCS y la firma de esta Nota Estratégica por parte de la directora de la OPS/OMS, Dra. Carissa Etienne y el ministro de Salud de Uruguay, Dr. Jorge Basso Garrido quedan establecidas las grandes líneas de intervención para apoyar las políticas, estrategias y el Plan Nacional de Salud, fortaleciendo el desarrollo de las capacidades nacionales, el cumplimiento de los acuerdos internacionales y la participación armonizada, integrada, coherente y sinérgica de la cooperación internacional.



Jorge Basso Garrido
Ministro de Salud

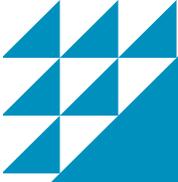


Carissa Etienne
Directora de OPS/OMS

Montevideo, 19 de octubre 2017









Resumen

El proceso de elaboración de la ECP permitió definir las prioridades estratégicas de cooperación técnica de la OPS/OMS en Uruguay para contribuir al desarrollo de los Objetivos Sanitarios Nacionales, fortaleciendo las capacidades locales y habilitando la participación armonizada, integrada, coherente y sinérgica de la cooperación internacional a fin de contribuir a los desafíos que impone de la Agenda 2030 y sus ODS.

Con la participación protagónica del Ministerio de Salud y otros actores relevantes del quehacer nacional, fue posible conceptualizar el rol actual de la Organización y actualizar una hoja de ruta para el desarrollo de la salud integral desde la perspectiva transversal de equidad, derechos humanos, género, generaciones y etnicidad.

La población uruguaya presenta un proceso de envejecimiento pautado por bajas tasas de natalidad y fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, habiendo completado la segunda transición demográfica. Al igual que los países desarrollados en su perfil de morbimortalidad, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles.

Asimismo, como parte de este desafío demográfico, resulta necesario priorizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el cuidado de la primera infancia y la adolescencia, desde el enfoque de curso de vida como contribución del sector salud a las políticas de población y desarrollo sostenible.

El embarazo adolescente es una situación social y de salud de relevancia. El 7,8% de los nacimientos son de bajo peso al nacer mien-

tras que la tasa de mortalidad materna es de las más bajas de la región. Está presente la malnutrición por déficit y por exceso con patrones de alto consumo de sal, grasas saturadas, grasas trans y azúcares refinados. La dieta es escasa en fibra y micronutrientes esenciales.

La prevalencia de hipertensión arterial en población de 25-64 años es de 36,6%, sobrepeso y obesidad 64,9%, colesterol elevado 21,5% y diabetes 7,6%. El 17% de la población declara tener al menos una discapacidad. Las primeras cuatro causas de muerte vinculadas a enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas representan más del 70% de los fallecidos. En 2015 la tasa de suicidios por 100.000 habitantes fue 30,4 en hombres y 7,4 en mujeres. En 2015 la tasa de mortalidad infantil fue 7,5 por 1.000 nacidos vivos a predominio de la neonatal (60%), y en menores de 5 años, 8,7 por 1.000 nacidos vivos, por lo que el país alcanzó la meta propuesta en los ODM.

En 2016 se diagnosticaron los primeros casos autóctonos de dengue y el brote se limitó a 19 casos. No se han registrado casos autóctonos de zika ni chikungunya. El esquema ampliado de vacunación incluye 13 vacunas para prevenir 15 enfermedades con cobertura de 95% y se observa notable reducción en la incidencia de estas enfermedades. En 2014 hubo 25 casos de tuberculosis por 100.000 habitantes. El VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual mantienen baja prevalencia aunque casi 30% de las personas con VIH no son diagnosticadas y aproximadamente un 25% son diagnosticadas tardíamente.

Es significativo el descenso de fumadores, en especial, en jóvenes escolarizados. El consumo problemático de alcohol se incrementa y desciende la edad de inicio (12,8 años).

Se ha avanzado en la eliminación de inequidades pero persisten asimetrías desfavorables en poblaciones afrodescendientes, rurales, mujeres y segmentos de menores ingresos.

Uruguay ha transitado en los últimos diez años un proceso de transformación estructural de su sistema de salud, avanzando hacia la cobertura y el acceso universal a la atención de la población. Se ha consolidado un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que articula una red de 46 prestadores públicos y privados estabilizados institucionalmente, asegura garantías explícitas de acceso a un plan de beneficios con prestaciones de baja, mediana y alta complejidad definidas en el Plan Integral de Atención a la Salud, y brinda protección financiera a la totalidad de los habitantes del país. Se ha superado en gran medida la segmentación del sistema y en buena medida se logró mitigar la fragmentación, que marcaban la realidad previa a la reforma. El 76% del gasto en salud proviene de fuentes públicas; el gasto por usuario es de aproximadamente 60 dólares mensuales.

Los modelos de gestión y atención se han transformado gradualmente hacia la prevención y los principios de la APS aunque aún quedan brechas por cubrir y componentes por reforzar para alcanzar una atención integral, integrada, continua, oportuna y sin barreras financieras en servicios del primer nivel y en toda la red. Han existido avances en los modelos de calidad y seguridad del paciente, debiéndose fortalecer sus sistemas de información, gestión y evaluación. Los recursos humanos en salud alcanzaron 63

profesionales por 10.000 habitantes en 2012 con predominio de los médicos, que representan las tres cuartas partes, y en detrimento de enfermeras y parteras.

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) 2017-2021 parte de este contexto sanitario, y se construye en apoyo de los Objetivos Sanitarios Nacionales. Las prioridades estratégicas (PE) se orientan a disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas), y a seguir contribuyendo en las áreas en las que se alcanzaron logros —prevención y control de enfermedades transmisibles, acceso universal a la salud, fortalecimiento del sistema de salud— con el fin de mantenerlos. Asimismo, contemplan apoyar la profundización de la participación social y la acción intersectorial para abordar temas de salud y temas de desarrollo con componentes de salud.

A partir de la identificación de los desafíos sanitarios se jerarquizaron las siguientes prioridades estratégicas:

- **Prioridad Estratégica 1:** Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables con reducción de los factores de riesgo
- **Prioridad Estratégica 2:** Aportar a la disminución de la carga prematura y evitable de morbimortalidad y discapacidad
- **Prioridad Estratégica 3:** Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida
- **Prioridad Estratégica 4:** Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal
- **Prioridad Estratégica 5:** Fomento de la acción intersectorial, movilización y participación social



La selección de estas prioridades y enfoques estratégicos consensuados con las autoridades nacionales requieren adecuar las capacidades del equipo de trabajo de la Representación de la OPS/OMS en Uruguay, cubrir las brechas detectadas e identificar socios para alcanzarlas.

Teniendo presente que Uruguay es un país categorizado como de ingresos altos es

necesario evaluar los recursos disponibles a nivel subregional y regional de la Organización. La viabilidad de la cooperación técnica dependerá de la movilización de recursos y la gestión de proyectos extra presupuestales; que incluye acordar actividades con las áreas técnicas a nivel regional, con las agencias del SNU y de la conjunción de esfuerzos de cooperación horizontal Sur-Sur y Triangular.



CAPÍTULO 1



CAPÍTULO 1

Introducción

La Estrategia de Cooperación en el País (ECP) constituye una visión estratégica de OPS/OMS para el período 2017-2021, que orienta su quehacer en Uruguay a favor de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y pone de relieve el empeño de la OMS en contribuir activamente a la ejecución de la Agenda 2030.

Se sostiene en los valores fundacionales de OPS/OMS vinculados a la mejora de la salud, de la calidad de vida y ejercicio de los derechos vinculados a la salud, la equidad y la igualdad de género de la población. Apoya y consolida las políticas y las prioridades nacionales en materia de salud, en particular aquellas expresadas en los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) en concordancia con las definiciones e instrumentos internacionales expresados en los ODS, con el Marco Estratégico de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay 2016-2020 (MECNUD) y con el Plan Estratégico de OPS/OMS 2014-2019.

El Ministerio de Salud (MS) de Uruguay ha desarrollado un proceso de planificación estratégica al 2020 que le permitió trazar los OSN, en términos de resultados, concretos y medibles, que se orientan a impactar sobre 15 problemas críticos priorizados. Para contribuir al avance de estos objetivos, se establecieron cinco objetivos estratégicos (OE) de amplio impacto que permiten la alineación y sinergias necesarias. La cooperación con el país tiene como punto de partida el resultado de esta planificación.

En ese contexto el proceso de elaboración de la ECP tiene como un objetivo fundamental definir las prioridades estratégicas de cooperación de la OPS/OMS en Uruguay para contribuir al desarrollo de estrategias, políticas y planes nacionales de salud, fortaleciendo las capacidades locales, el cumplimiento de acuerdos internacionales y una participación armonizada, integrada, coherente y sinérgica de la cooperación internacional.

En efecto, la ECP constituye un marco de cooperación en y con el país, y señala las tareas que desempeñará la organización, así como la forma de realizarlas a la vez que identifica los colaboradores y aliados para su implementación. Arroja luz sobre los roles y funciones asignados a la OPS/OMS en apoyo al desarrollo nacional de la salud integral. En consonancia con lo anterior, se visualizan como perspectivas transversales de aplicación en los enfoques programáticos: equidad, derechos humanos, género y etnicidad.

Estos puntos de partida y el diálogo con la autoridad sanitaria nacional, contribuyeron a precisar prioridades, modalidades y herramientas de consulta, actores, calendarios y otras condiciones necesarias para establecer una estrategia de cooperación objetiva, actualizada y con visión de futuro.

1.1. Proceso de consulta para la elaboración de la estrategia. Etapas y herramientas

Durante el proceso de elaboración de la ECP 2017-2021 se puso en marcha una dinámica de

intercambio de visiones y aportes bajo diferentes modalidades de consulta y participación.

El proceso de construcción de la ECP comenzó noviembre del 2016 con la revisión y armonización del Plan Estratégico de OPS/OMS con los OSN/OE 2020 y con la Agenda 2030 de los ODS.

El segundo paso, se dio en diciembre del 2016, cuando se llevó a cabo la Consulta Nacional de armonización de las prioridades nacionales con el Programa Global de Trabajo de la OPS/OMS, el Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS y el Programa y Presupuesto 2018-2019 de la OPS. Participaron de esta consulta los principales actores del Ministerio de Salud: directores generales, departamentales, de división y departamento, asesores directos de estos, responsables de áreas programáticas y autoridades académicas de las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR). Este ejercicio constituyó un importante hito en el avance en la jerarquización de las áreas programáticas de la Cooperación Técnica de OPS/OMS con el Uruguay (Tabla 1).

Durante el mes de *febrero del 2017* los frecuentes intercambios en reuniones de trabajo del representante en Uruguay de OPS/OMS, Dr. Giovanni Escalante, con el equipo de conducción del MS, que incluyeron en las etapas decisivas la participación del ministro Dr. Jorge Basso y la viceministra Dra. Cristina Lustemberg, contribuyeron a establecer **cinco prioridades estratégicas**¹

directamente alineadas con estos OE con el propósito de alcanzar en el período 2017-2021 los mayores logros posibles en el marco de los OSN 2020.

1.2. Prioridades estratégicas

Las prioridades estratégicas definidas fueron:

1. Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables con reducción de los factores de riesgo
2. Aportar a la disminución de la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad
3. Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida
4. Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal
5. Fomento de la acción intersectorial, movilización y participación social

Definidas las prioridades estratégicas en los *meses de marzo y abril*, se desarrolló un proceso de consulta orientado a identificar ámbitos de actuación para cada una de ellas. Para garantizar la relevancia y pertinencia de las opiniones recogidas se contó con la activa participación de un colectivo de 70 profesionales designado por el MS en función de su representatividad, capacidad de decisión, conocimiento de la salud del país y vinculación con la cooperación técnica.

1 Las *prioridades estratégicas* constituyen prioridades a medio plazo de la cooperación prestada por la OPS/OMS en el país donde se concentrarán la mayoría de los recursos. A partir de ellas se defi-

nen los ámbitos de actuación (tres como máximo por cada prioridad estratégica) que constituyen las áreas en las que han de obtenerse los logros necesarios para alcanzarlas.

Tabla 1. Priorización. Áreas programáticas de cooperación técnica de OPS/OMS

Código	área programática	Media recortada	Prioridad	
			Rango	Estrato
2,1	Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	45,210	1	1
3,1	Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	42,583	2	1
1,1	Infección de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual	34,114	3	1
2,3	Violencia y traumatismos	35,140	4	1
2,2	Salud mental y trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	34,870	5	1
3,4	Determinantes sociales de la salud	33,379	6	1
2,5	Nutrición	33,266	7	1
3,2	Envejecimiento y salud	33,095	8	1
4,2	Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	32,942	9	1
4,1	Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	32,063	10	2
5,2	Preparación de los países para las emergencias sanitarias y RSI (2005)	30,739	11	2
4,4	Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	30,678	12	2
2,4	Discapacidades y rehabilitación	29,837	13	2
1,6	Resistencia antimicrobiana	28,408	14	2
3,5	Salud y medioambiente	28,166	15	2
3,3	Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	27,934	16	2
4,5	Recursos humanos para la salud	27,885	17	2
5,6	Reducción de riesgos de desastres y proyectos especiales	27,737	18	2
5,3	Información sobre emergencias sanitarias y evaluación de riesgos	27,663	19	3
1,3	Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)	26,153	20	3
5,4	Operaciones de emergencia	25,681	21	3
1,2	Tuberculosis	25,147	22	3
4,3	Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	25,037	23	3
1,5	Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomelitis)	23,681	24	3
1,7	Inocuidad de alimentos	23,423	25	3
5,1	Gestión de peligros infecciosos	23,236	26	3
1,4	Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	13,959	27	3

La composición por perfiles de los participantes en la consulta (Encuesta y Taller Final) fue la siguiente: directores departamentales, responsables de áreas técnicas y programáticas, responsables de la conducción y gestión del MS y otros actores vinculados a la salud y el desarrollo². Por su parte la Representación contó la participación de un Grupo Coordinador Interno³.

El ejercicio de consulta se orientó a obtener propuestas de **acciones clave de cooperación con el país** para el período 2017-2021 que permitieran definir los tres ámbitos de actuación como síntesis armónica, de continuidad y complementariedad, de los ejercicios y documentos antes descritos.

En la etapa final del proceso de consulta se aplicaron consecutivamente tres instrumentos:

1. Una encuesta *on line* que se aplicó entre el 21 de marzo y 7 de abril de 2017, a la que respondieron 59 personas (de 67 invitados a participar) de los cuatro estratos descriptos.⁴

Cada participante identificó como mínimo tres **acciones clave** que consideró que la OPS/OMS desde su cooperación técnica está en las mejores condiciones para aportar y contribuir al logro de cada una de las cinco Prioridades Estratégicas establecidas. Asimismo, identificó alcances, contenidos, objetivos, niveles de pla-

nificación y modalidades de cooperación técnica para cada una de las acciones clave seleccionadas.

Con esta información se desarrolló un plan de análisis de la encuesta cuyas variables fueron: correspondencia de las acciones clave con las categorías de áreas programáticas de OPS/OMS por cada prioridad estratégica; nivel de planificación —objetivo genérico, producto o servicio, tarea— y modalidades de cooperación técnica: capacitación, validación, acreditación, difusión, elaboración de documentos técnicos, estudios e investigaciones.

2. Talleres de consulta con actores externos al sector salud pero cuyos cometidos los vinculan a las metas de salud de los ODS:

- Taller de consulta realizado el 20 de abril con organizaciones de la cooperación internacional con sede en el país: AECID, ALADI, AUCI, BID, Fundación Astur, IDRC, IICA, IIN, OEA, SEGIB, UE.⁵
- Taller de consulta realizado el 21 de abril con agencias, fondos y programas del Sistema de las Naciones Unidas: BM, CEPAL, FAO, OIM, OIT, ONU Mujeres, PNUMA, UNESCO, UNFPA, UNICEF.
- Taller de consulta realizado el 28 de abril con actores nacionales vinculados a la salud y el desarrollo en áreas de medioambiente, seguridad alimentaria, emergencias y desastres: CNZ, IM, CI, LATU, MGAP, MVOTMA, OSE, SINA, UNASEV. Con ellos OPS/OMS

2 Anexo 1. Nómina de participantes e instituciones.

3 Anexo 2. Grupo Coordinador Interno de la Representación en Uruguay.

4 Anexo 3. Formulario de la encuesta *on line*.

5 Consúltense el glosario de siglas y abreviaturas (página 7).

Tabla 2. Cronograma del proceso de consulta y elaboración del ECP 2017-2021

Fecha	Etapas. Modalidades de consulta
Noviembre 2016	Revisión y armonización del plan estratégico de OPS/OMS con OSN/OE 2020 y con los ODS 2030
Diciembre 2016	Consulta nacional de priorización y armonización de las áreas programáticas de OPS/OMS (método Hanlon, adaptado OPS/OMS)
Febrero 2017	Definición de las prioridades estratégicas en acuerdo con la autoridad sanitaria nacional
Marzo-abril 2017	Encuesta sobre acciones claves de cooperación técnica para cada prioridad estratégica
Abril 2017	Talleres de consulta con instituciones y profesionales extrasectoriales 5.1. Taller de consulta a las agencias, programas y fondos del SNU. 5.2. Taller de consulta organizaciones de cooperación técnica internacional con presencia en Uruguay. 5.3. Taller de consulta con actores con los que la OPS mantiene líneas específicas de cooperación técnica vinculadas a las áreas de medioambiente, zoonosis, seguridad alimentaria y emergencia y desastres.
Abril 2017	Taller final de revisión y síntesis del proceso de consulta.
Abril 2017	Formulación final de los ámbitos de actuación para cada prioridad estratégica
Mayo-junio 2017	Elaboración del documento de la ECP y aprobación de la autoridad sanitaria nacional

mantiene líneas específicas de cooperación técnica.

3. Taller final de síntesis del proceso de consulta de la ECP que se desarrolló el 25 de abril del 2017 en la sede del MS. Participaron los responsables de la conducción de las políticas de salud y otros

actores que respondieron la encuesta *on line*. En este taller se presentó el resultado del proceso de consulta, llevado hasta el momento y se constituyó en un espacio de consulta para la construcción de los ámbitos de actuación en base a las acciones claves y modalidades de cooperación.



CAPÍTULO 2



CAPÍTULO 2

Situación en materia de salud y desarrollo

2.1. Contexto macroeconómico, político y social

La República Oriental del Uruguay es un país de Sudamérica, situado al Este de Argentina y al Sur de Brasil, con costas sobre el Río de la Plata y el Océano Atlántico. Posee una superficie de 176.215 km². Forma parte de una región biogeográfica de topografía ondulada y clima subtropical húmedo con precipitaciones anuales mayores a 1.000 milímetros. Existen diversos ecosistemas (praderas, costas, serranías y bosques) con amplio predominio de las praderas.

La forma de gobierno es democrático representativa, con elección de autoridades cada cinco años y tres poderes independientes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial). El país está dividido en 19 departamentos, gobernados por una Junta Departamental y un Intendente y desde el 2009 se instituyó un tercer nivel de gobierno con la creación de 89 municipios (1).

El régimen democrático caracteriza la cultura política del Uruguay con algunas interrupciones a lo largo de la historia, la última y más profunda ruptura institucional se produjo entre 1973 y 1985. Actualmente, participan de la vida política cinco partidos con representación parlamentaria. A partir del 2005 asumió por primera vez el gobierno el Frente Amplio; en el 2015, con la asunción de su tercer período de gobierno se alcanzaron 30 años de estabilidad institucional. En los últimos diez años se produjo un impor-

tante crecimiento económico acompañado del desarrollo de políticas sociales inclusivas.

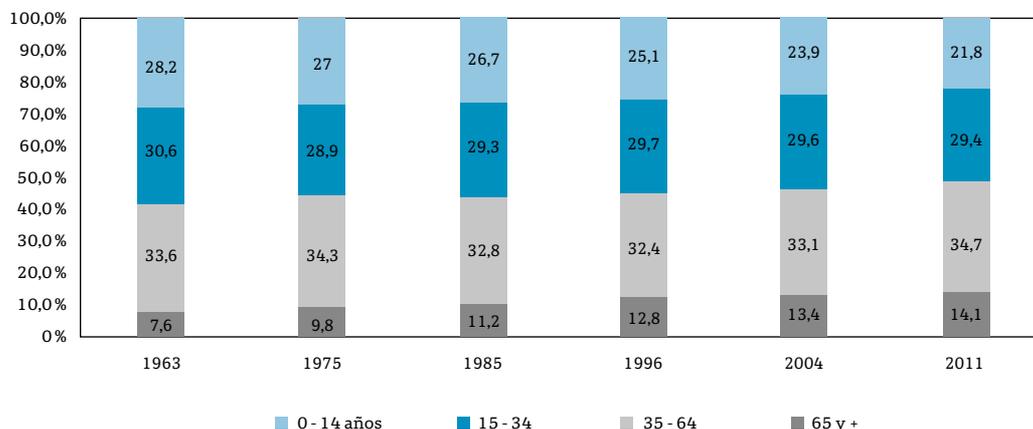
En el año 2004 el PBI era de 392.849 millones de pesos uruguayos, ascendiendo a 1.581.115 en el año 2016; mientras que PBI per cápita creció de 4.152 dólares en 2004, pasando a 15.860 dólares en 2016 (2). La tasa de inflación en el 2016 fue de 8,1%; el menor registro anual de los últimos cuatro años (3). En el 2016 la población económicamente activa (PEA) fue de 63,4% (4).

Asimismo el país ha logrado mantener transformaciones positivas vinculadas a la reducción de la pobreza medida según ingreso (39,9% en 2004; 9,8% en 2016) (4), la caída de la desigualdad en la distribución del ingreso el índice de Gini, pasó de 0,46 en 2006 a 0,38 en 2016 (4). Estos procesos han sido acompañados del fortalecimiento de la protección social, la modernización de algunos marcos legales y mecanismos institucionales para la protección de derechos.

Entre el 2005 y el 2013, el presupuesto público para educación pasó de 3,2% a 4,8% del PBI; el analfabetismo es de 1,6% en 2016, la cobertura a la educación media entre el 2006 y el 2014 creció 7,4%, sin embargo la cifra de 78,5% para este último año revela que todavía más de 20% de los adolescentes del país no cursan estudios de enseñanza secundaria (5).

Uruguay ocupa el lugar 54 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH, 2016) y está catalogado en el grupo de países de renta alta

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población censada, por grandes grupos de edad. Censos 1963 a 2011



Fuente: INE, Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.

Tabla 3. Población por sexo, residencia y ascendencia étnica racial

Indicadores demográficos	2004			2011		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Proporción de población urbana (%)	90	93	92	94	96	95
Proporción de población afrodescendiente (%)	S/d	S/d	S/d	8,3	8,0	8,1
Proporción de población indígena (%)*	S/d	S/d	S/d	4,8	5,3	5,1

Fuente: Elaboración basada en datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), Censos 2004 y 2011.

* Esta variable se incluyó por primera vez en el Censo 2011.

por el Banco Mundial desde julio del 2013. Este escenario de grandes avances sociales y persistencia de desigualdades por razones de edad, género, etnia y raza, clase social y territorios constituye un desafío para las políticas de salud, el SNIS y la sostenibilidad de una matriz de protección social y la articulación del sector salud en una política

pública tendiente a eliminar las desigualdades innecesarias e injustas.

2.2. Situación sanitaria

2.2.1 Perfil demográfico

De acuerdo al último censo de 2011 y las proyecciones del INE la población asciende a

3.493.000 habitantes en 2017, con un alto grado de urbanización (91,8%) y una concentración de la población en Montevideo (40%) y en el área metropolitana.

El perfil demográfico del Uruguay anticipa áreas de problemas de salud asociados a su estructura poblacional. Con una natalidad de 13,4 por 1.000 habitantes a 2012 y la fecundidad tuvo un marcado descenso en el período 1996-2000, superando en el 2005 el umbral de reemplazo por primera vez en la historia. En los últimos años la reducción de la natalidad y de la fecundidad se ha desacelerado, no obstante, los nacimientos también muestran un estancamiento ubicándose a partir del 2005 en el entorno de los 47.000 nacimientos anuales.

El comportamiento reproductivo muestra brechas sociales y territoriales en las pautas de fecundidad relacionadas con los grupos sociales ubicados en los dos extremos del nivel socioeconómico y educativo. También hay indicios de diferencias en la ascendencia étnica dada por una mayor y temprana fecundidad en las mujeres afrodescendientes que en las mujeres blancas (6). Existe una brecha entre la fecundidad deseada y la efectiva, las mujeres con mayor nivel educativo tienen menos hijos que los deseados, invirtiéndose dicho fenómeno en las que tienen menor nivel educativo, al final de su ciclo reproductivo declaran que tuvieron más hijos que los deseados (7).

Un elemento que complejiza el análisis de la fecundidad refiere al embarazo adolescente, con un porcentaje de madres adolescentes del 15,3% para el año 2015. La preocupación por este fenómeno está justificada por el hecho de que son las adolescentes de los sectores más desfavorecidos las que dan cuenta de la casi totalidad de la fecundidad adolescente.

El envejecimiento de la población es otro factor con alta incidencia en el ámbito de la salud. En todos los escenarios potenciales, se estima que el tamaño y proporción de la población mayor de 65 años seguirá aumentando como consecuencia de los niveles de natalidad proyectados y del incremento global de la esperanza de vida (77,2) [hombres (73,6), mujeres (80,4)] (7).

La población de 65 y más años pasó de representar el 7,6% del total en 1963 al 19,1% en el 2017. A la inversa, se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de ser 28,2% de la población en 1963 a constituir el 20,3% en 2017. La composición por sexo registra una muy leve tendencia al aumento de la población femenina, debido a las mayores ganancias de esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres. El porcentaje de mujeres pasó de 51,7% en 2004 a 52% en 2011. La relación de masculinidad pasó de 93,4 en 2004 a 92,3 en 2011. En cuanto a la composición étnico-racial, la mayor parte de la población se auto identifica como blanca, el 8,1% como afrodescendiente y el 5,1% como de ascendencia indígena (6).

2.2.2 Determinantes ambientales

El acceso a *agua potable* en el 2016 es del 98% de la población, y el 94% accede a “una fuente mejorada de *saneamiento*” (8). Para conservar la calidad del agua potable surgen como desafíos el ordenamiento territorial, manejo de floraciones algales y cuidados de los acuíferos. La gestión de *residuos sólidos urbanos* es uno de los principales problemas socioambientales urbanos. En Montevideo el sector informal recolecta el 40% de los residuos (9). En cuanto al *suelo* el 6,8% del territorio sufre

erosión de intensidad moderada y el 2% de intensidad severa.

La *calidad del aire* es buena en virtud de factores geográficos, climáticos, tecnológicos y políticas públicas favorables. Persisten problemas asociados a complejos industriales, a la quema de residuos en vertederos y basurales. Entre las estrategias para mejorar la calidad del aire están monitoreo de fuentes puntuales significativas y la promoción de las *energías renovables*. En 2015 la energía eólica significó el 16% del total de electricidad generada.

La importación de *plaguicidas* ha aumentado significativamente en los últimos años. En el 2015 se importaron 15.000 toneladas (12.000 herbicidas, 1.000 fungicidas, 500 insecticidas y 1.500 de otros) (6). La intensificación de los cultivos como la soja y la forestación, se asocian a su elevada aplicación. Entre 2002 y 2011 se atendieron en el CIAT 2.602 casos definidos como intoxicación, 73 casos (2,8% del total) de plaguicidas, fundamentalmente insecticidas y herbicidas (11). Se viene desarrollando el Convenio de Estocolmo sobre *contaminantes orgánicos persistentes*.

En aplicación del Convenio OIT N° 155, se han creado las comisiones paritarias para garantizar la seguridad en el ambiente laboral y de prevención y promoción de la *salud de los trabajadores* que se están implementando de acuerdo a diferentes ramas de actividad. El Sistema Nacional de *Emergencias y Desastres* (SINAE) coordina diversas instituciones y sectores para la gestión del riesgo en sus diferentes fases, principalmente inundaciones fluviales estacionales, sequías e incendios forestales, y recientemente tornados (11). En el marco de la adaptación al *cambio climático* trabaja el Sistema Nacional de Respuesta al Cambio Climático.

2.2.3 Características de la mortalidad

La tasa de *mortalidad general* se ha mantenido en los últimos años, en valores próximos a 9,5 muertes cada 1.000 habitantes. Hace más de una década las primeras cuatro causas de muerte concentran aproximadamente el 70% de estas y están vinculadas a las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y a causas externas (12). En el período 2012-2014 la mayor parte de los fallecimientos fueron por enfermedades del sistema circulatorio, las patologías principales son la cardiopatía isquémica y el ataque cerebrovascular (ACV) (27,5%), seguidas en orden decreciente por cáncer (24,1%), enfermedades del aparato respiratorio (10,2%) y causas externas, incluyendo accidentes de tránsito (7,3%).⁶ Véanse tabla 4 y gráfico 2.

El 82% de los fallecimientos se producen a partir de los 60 años. La distribución por sexo muestra que las causas más frecuentes son comunes a ambos sexos, pero todas tienen mayores tasas en los hombres, observándose la mayor diferencia en las causas externas como siniestros y violencia.

La razón de *mortalidad materna* es de las más bajas en el contexto regional. En 1991 era de 38 por 100.000 nacidos vivos, para el año 2008 se ubicó en 15 por 100.000 nacidos vivos y en 2016 alcanzó el 17 por 100.000 nacidos vivos (13).

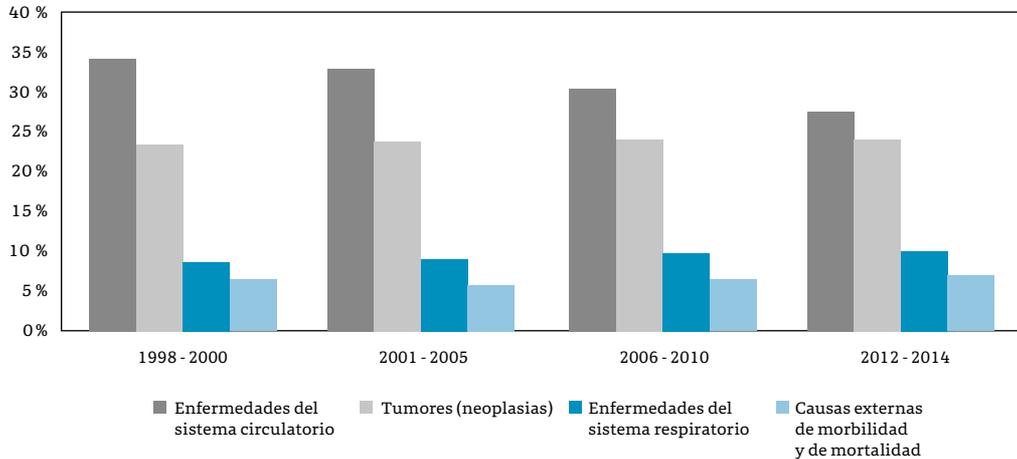
Uruguay tiene una tendencia descendente de la *mortalidad infantil* y la *mortalidad de menores de cinco años*, siendo en la actualidad uno de los países con las me-

6 Véase tabla 4, Mortalidad proporcional según causa de muerte 1998-2014.

Tabla 4. Mortalidad proporcional según causa de muerte, 1998-2014

Grandes grupos según CIE 10 Frecuencia relativa%		1998-2000	2001-2005	2006-2010	2012-2014
		Frecuencia relativa%	Frecuencia relativa%	Frecuencia relativa%	Frecuencia relativa%
Enfermedades del sistema circulatorio	(I00-I99)	34,13	33,04	30,5	27,51
Tumores (neoplasias)	(C00-D48)	23,60	23,82	24,14	24,12
Enfermedades del sistema respiratorio	(J00-J99)	8,93	9,34	9,9	10,16
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	(V01-Y98)	6,70	6,06	6,52	7,26
Enfermedades del sistema digestivo	(K00-K93)	4,00	3,84	4	4,08
Enfermedades del sistema nervioso	(G00-G99)	2,60	3,82	4,2	3,74
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	(E00-E90)	2,77	2,98	3,12	3,56
Enfermedades del sistema genitourinario	(N00-N99)	1,67	1,92	2,44	3,08
Trastornos mentales y del comportamiento	(F00-F99)	2,80	2	2,1	2,19
Enfermedades infecciosas y parasitarias	(A00-B99)	2,07	2,08	2,1	2,16
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	(M00-M99)	0,43	0,4	0,54	0,77
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	(P00-P96)	1,17	0,88	0,58	0,54
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	(L00-L99)	0,43	0,64	0,52	0,53
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	(Q00-Q99)	0,73	0,7	0,54	0,53
Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos	(D50-D89)	0,47	0,5	0,44	0,51
Embarazo, parto y puerperio	(O00-O99)	0,00	0,04	0,02	0,02
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	(H60-H95)	0,00	0	0	0,00
Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte	(R00-R99)	7,47	7,78	8,26	9,25
Total		100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Salud. *Estadísticas vitales. Defunciones según sexo y grupos de edad, 1992-2015*. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/EstVitales/#services>.

Gráfico 2. Mortalidad proporcional por tipo de causa. Uruguay. 1998-2014

Fuente: Elaboración propia con base en datos estadísticos publicados por el MS 1998-2014.

jores tasas de la región. Con una TMI de 7,5 por 1.000 en el año 2015, es el segundo país mejor posicionado en Latinoamérica luego de Chile. Por su parte, la TM5 es de 8,7 por 1.000 en el 2015, por lo que se alcanzó la meta propuesta en los ODM.

Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos fue de 4,9 en el año 2015.

En relación con la mortalidad en adolescentes y jóvenes, en el año 2014 fallecieron 495 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años. El 78% falleció por causas externas (siniestros de tránsito, suicidios y homicidios).

2.2.4 Perfil de morbilidad

Las **enfermedades transmisibles**, que en la década del cincuenta eran responsables de casi el 10% de las muertes, representan en el momento actual solo el 2%, evidenciando la tran-

sición epidemiológica que ha acompañado a la transición demográfica. A partir de los 40 años de edad las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los primeros lugares.

Dentro de las *enfermedades transmitidas por vectores* el dengue es una enfermedad reemergente. Luego de cien años sin dengue, en 2016 se confirmó el primer brote en el que se confirmaron 19 casos de dengue autóctono. No se han registrado casos autóctonos de zika y chikungunya. En varios departamentos se verifica la presencia de *Aedes aegypti*. En el año 2010, se buscó y se detectó la presencia del vector *L. Longipalpis* en el norte del país. En 2015 se diagnosticó por vez primera leishmaniasis canina autóctona, sin detectarse aún ningún caso de leishmaniasis en humanos en Uruguay (14).

En lo referido a las *enfermedades inmunoprevenibles*, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, gratuito y obligatorio, incluye

13 vacunas para prevenir 15 enfermedades. Logró entre 95% y 97% de vacunación de la población objetivo. Están eliminados el tétanos neonatal, la difteria, la poliomielitis, la rubéola (2001) y el sarampión (1999). La tos ferina, la parotiditis y la hepatitis B son enfermedades controladas. Se ha registrado una franca disminución en la frecuencia de meningitis a *Haemophilus Influenzae* tipo b en niños. La incidencia de varicela ha disminuido francamente, sobre todo los casos graves que requieren hospitalización. Desde la introducción de la vacuna de hepatitis A se ha observado una marcada disminución de los brotes y persisten solo brotes intrafamiliares de escasa entidad. La vacunación antineumocócica ha logrado disminuir las hospitalizaciones por neumonía bacteriana en niños (15).

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 Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca (MGAP).

La *equinocosis quística* era endémica en todo el país. Actualmente la enfermedad ha reducido su incidencia y se concentra en áreas de riesgo que muestran tasas de prevalencia que van de 1,3 a 3,8 casos por 1.000 habitantes (16). El Programa de Control en la órbita de la CNZ con un abordaje integral en la interfase humano-animal-ambiente y fortalecimiento de la participación comunitaria; cuenta con el apoyo y cooperación

técnica de OPS/OMS. Las áreas prioritarias de *geohelmintiasis* son los asentamientos irregulares en zonas urbanas y periurbanas. Estudios en algunas escuelas de la periferia capitalina han mostrado hasta un 75% de prevalencia.

En lo que refiere a la *morbimortalidad por VIH/sida*, las acciones a nivel nacional mantienen una baja prevalencia del VIH en población general de 0,5% para 2011-2015. Sin embargo, casi el 30% de las personas con VIH no son diagnosticadas y un 25% son diagnosticadas tardíamente.

Se estima que 12.000 personas son portadoras de VIH. La epidemia se concentra en grupos vulnerables: trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas privadas de libertad. En el 2015 se notificaron un total de 933 nuevos diagnósticos en adultos, alcanzando una tasa de 27 por 100.000 (17). El 65% corresponden a casos del sexo masculino. La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH. La transmisión vertical ha alcanzado la cifra de la meta de eliminación (menor al 2%) en el 2013 y 2015. El 18% de las nuevas infecciones fueron notificadas en etapa sida. En diciembre del 2015 había un total de 6.000 personas en TARV. La tuberculosis es la enfermedad oportunista más frecuente en los casos de sida notificados. La tasa de mortalidad por sida en 2015 fue de 4,9 por 100.000 y fue superior en las personas del sexo masculino.

El país aún presenta índices altos de *sífilis gestacional* (2,6 por 1.000 de los recién nacidos, cuando OMS establece un máximo de 0,5 por 1.000). En el 2014, se notificó un total de 852 casos de *tuberculosis* (25 casos por cada 100 000 habitantes). El porcentaje

de éxito terapéutico fue de 74,3%, por debajo de la meta de 85% propuesta por la OMS (18).

Respecto a las *enfermedades respiratorias agudas* las principales causas de mortalidad son la Influenza y neumonía. Se implementa con apoyo de OPS/OMS el proyecto de vigilancia epidemiológica en IRAG por el cual se vio fortalecida la capacidad de respuesta del laboratorio.

En relación con la **morbimortalidad por causas externas** el país presenta cifras elevadas a expensas de los suicidios y los siniestros de tránsito. Los homicidios presentan tasas inferiores a las de la mayoría de los países de la región.

El *suicidio* en Uruguay tiene las tasas más altas del continente, 1,8 cada 10.000 habitantes en 2015. Según OMS se ubica en el lugar número 21 a nivel mundial y en el primer lugar en las Américas. Los adultos mayores y los jóvenes entre 10 y 24 años son las poblaciones más afectadas. Se suicidan cuatro veces más los hombres que las mujeres. En 2015 la tasa de suicidios por 100.000 habitantes fue de 30,4 para hombres y 7,4 para mujeres. En su mayoría los suicidios e intentos de autoeliminación ocurren en el interior del país (67%).

En lo que refiere a los problemas vinculados a la *salud mental* se estima una elevada prevalencia de depresión y ansiedad. Desde el año 2010, dentro de los derechos exigibles del SNIS se amplió el plan de prestaciones y se busca actualizar la legislación en consonancia con los instrumentos internacionales con el proyecto de ley “Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos”.

Los *siniestros de tránsito* son la segunda causa de muerte violenta con una tasa de 16,8 muertes cada 100.000 habitantes en el 2014, situándose también como una de las más al-

tas del continente. En ese año se registraron 538 muertes por esta causa, correspondiendo casi el 80% a hombres. Respecto a la edad se puede observar que los siniestros en motos (272 fallecidos) predominan los menores de 40 años (62,2%), en tanto que los involucran a peatones (93 fallecidos), predominan las personas adultas mayores.

Respecto a los *homicidios*, si bien afectan cuatro veces más a los hombres que a las mujeres, es un tema de preocupación en Uruguay la violencia hacia las mujeres. Las denuncias por violencia doméstica, representan más de la mitad de los delitos contra la persona y es el segundo delito en importancia luego de los hurtos (19).

Las **enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)**: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas junto con las causas externas, son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos incrementando sus necesidades asistenciales. Las ENT son responsables del 60% de todas las muertes y 62% de mortalidad precoz (muertes entre los 30 y los 69 años). Los datos de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles (ENFRENT) de 2013, muestran en general una alta prevalencia de los ocho factores de riesgo prevenibles comunes a estas enfermedades en la población de 25 a 64 años (20).

La prevalencia de *tabaquismo* en población general bajó de 32% en 2006 a 24% en 2009. Este descenso es aún más significativo en jóvenes escolarizados. Uruguay ha cumplido con casi todos los compromisos emanados de la ratificación del CMCT de la OMS. Distintas encuestas permiten evaluar la magnitud del impacto de esta política sobre

Tabla 5. Prevalencia de factores de riesgo de ENT según 2ª ENFRECNT, Uruguay

INDICADOR	VALOR
Prevalencia de fumadores diarios	28,8% (26,6-30,9)
Prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol (<i>binge drinking</i>)	9,5% (7,3-11,7)
Prevalencia de consumo < a 5 porciones diarias de frutas y/o verduras	90,9% (89,9-91,9)
Prevalencia de nivel bajo de actividad física	27,3% (25,2-29,4)
Prevalencia de presión arterial elevada (hipertensión arterial)	36,6% (34,4-38,8)
Prevalencia de sobrepeso y obesidad	64,9% (62,2-67,3)
Prevalencia de glucosa en sangre elevada (diabetes)	7,6% (6,4-8,9)
Prevalencia de colesterol en sangre elevado	21,5% (19,5-23,5)

la salud de la población y el medio ambiente. La exposición laboral al humo del tabaco disminuyó de 36% a 17%.

Las *enfermedades cardiovasculares* predominan en la mortalidad de la población adulta y adulta mayor. Ha mejorado el control de la enfermedad coronaria con el acceso universal al diagnóstico y tratamiento oportuno, altamente resolutivo y de calidad. Es aun deficitario el control y seguimiento de la hipertensión arterial. El porcentaje de egresos de enfermedad cardiovascular sobre el total de egresos fue de 12,2% en 2005 y de 8,2% en 2013. En 2013 el mayor porcentaje dentro de las enfermedades cardiovasculares con internación, fueron las enfermedades isquémicas del corazón 23,8%, seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 16,6% (21).

Los cuatros tipos de *cáncer* más frecuentes coinciden con los de países desarrollados: mama, próstata, colo-recto y pulmón; con algunos rasgos de los menos desarrollados como cifras aun elevadas en cáncer de cuello de útero, estómago y esófago. Anualmente se

diagnostican algo más 15.000 casos nuevos y mueren casi 8.000 uruguayos por esta causa. En el quinquenio 2006-2010 se diagnosticaron en promedio por año 1.840 casos nuevos y más de 660 muertes anuales. En hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente seguido por el cáncer de pulmón y el colorrectal.

La *enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)* es una causa importante de morbilidad y sigue en aumento relacionado fundamentalmente con el consumo del tabaco. En cuanto a la *diabetes* la prevalencia de niveles de glucosa en sangre elevados alcanza 7,6% en la población general (20).

En lo que refiere a la **salud materna y reproductiva**, el país tiene una alta proporción de partos institucionales y atendidos por personal capacitado, presentando en el 2014 indicadores de 95,5% y 99,6% respectivamente (22).

El porcentaje de nacimientos de *madres adolescentes* se mantiene en la misma proporción desde 1996 hasta la fecha (16%). La mayor vulnerabilidad en adolescentes se agudiza si integran estratos sociales de menores

recursos socioeconómicos culturales. Las jóvenes con dos o más necesidades básicas insatisfechas son madres (22,4%), mientras que entre las adolescentes con necesidades básicas satisfechas el porcentaje de madres es sensiblemente más bajo (3,6%). (22) La *prematurez*, en el 2015 ocupa el 9% del total de nacimientos (22). En lo que respecta al bajo peso al nacer, los hijos con peso menor a 2.500 g de madres de 10 a 14 años representan un 15,2%, mientras que los hijos de madres de 15 a 19 representan un 9,0% (año 2012). El promedio país se halla en el 8,1%.

Se observa una tasa de *cesáreas* elevada en todo el país (43,07%) en 2015 siendo significativamente mayor el índice de cesáreas en las instituciones privadas (70%), en especial en Montevideo (22).

En cuanto a la **salud en la niñez** la Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS, 2015), establece que los niños menores de 2 años presentan un mayor retraso de talla (5,4%) que los niños de 2 a 3 años, siendo mayor el retraso de talla entre los varones que entre las niñas. Entre los niños que integran hogares en situación de pobreza por ingresos, el indicador alcanza a 7,4%, al tiempo que se reduce a 3,7% entre los hogares que superan el umbral de pobreza. El 31,5% de los niños entre seis meses y dos años tiene anemia, aumentando a 37% en los sectores de menores ingresos, con consecuencias para su crecimiento y desarrollo.

En el año 2015 el 7,8% de los nacimientos son de bajo peso al nacer. El 57,1% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida (2015).

Asimismo la ENDIS constató que la inseguridad alimentaria severa que implica

padecimientos de hambre llega al 4,3% de los niños menores de 4 años, la moderada 8,9% y leve 28,3%. En cuanto a sobrepeso y obesidad se registra una prevalencia de 10,5% (valor promedial de los niños de 0 a 3 años), lo que lo ubica como uno de los países con mayor incidencia en la región.

A partir de 2010 se avanzó en la construcción del programa Uruguay Crece Contigo, con una perspectiva universal de promoción de los cuidados a los niños e intervenciones focalizadas en las situaciones de mayor vulnerabilidad. Las iniciativas de mejora de las prácticas de alimentación en el recién nacido han permitido aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva, que pasó del 54% en 2003 a 65% en 2011 y un 67,6% en 2015 (23).

La prevalencia de la **discapacidad** moderada o severa alcanza al 4,3% de la población. Se estima en 517.000 las personas con al menos una discapacidad leve, moderada o severa. Son 70.300 personas que manifiestan tener dificultades permanentes severas o impedimento total para caminar o subir escalones y su distribución en el país es heterogénea. Con respecto a la distribución por sexo, se observa que las mujeres están globalmente más afectadas (60% de esta población) (24).

El consumo **de drogas y alcohol** es abordado desde la Junta Nacional de Drogas (JND) integrada por nueve ministerios en el ámbito de la Presidencia de la República tanto en relación al diseño de políticas públicas y como al resguardo de derechos y garantías individuales y colectivas.

El *alcohol* es la droga más consumida, la mitad lo hace habitualmente, 230.000 presentan un consumo problemático (25). El abuso de alcohol es más frecuente en varones (17,4%)



que en las mujeres (7,9) y presenta la menor percepción de riesgo y la edad de inicio más baja, 12,8 años.

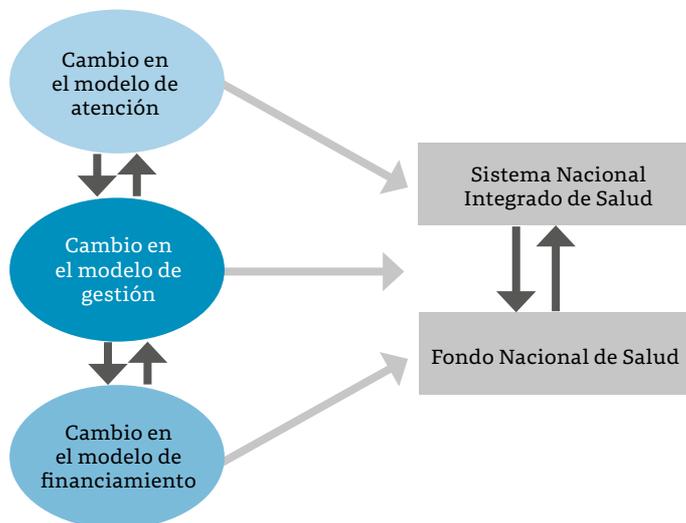
El 20% de las personas de 15 a 65 años ha consumido *marihuana* alguna vez en su vida y un 4,9% en los últimos 30 días, se observa tendencia ascendente del consumo entre 2001-2011 (26). El 16% de los estudiantes de secundaria ha tenido experiencia con la marihuana, aunque predomina el consumo ocasional. Con la ley 19.172 en el 2013 el país inició un proceso tendiente a la construcción de un mercado regulado del cannabis, el cual está teniendo y tendrá implicancias a múltiples niveles.

La prevalencia de consumo de *cocaína* en el último año es del 1,9% entre los 15 y los 65 años. El 0,7% de la población total presenta signos de dependencia (10.200 personas). El 4% de los estudiantes de secundaria alguna

vez ha probado *cocaína* (27). La experimentación con *pasta base de cocaína* en la población de 15 a 65 años alcanza apenas el 1,1%, y se ha mantenido estable entre 2006 y 2011.

2.3. Respuestas del sistema de salud

A partir del 2005, se inició un proceso de transformación del sistema de salud sin precedentes en la historia del país: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este se constituyó con la aprobación de cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2011. La creación del SNIS introdujo un cambio estructural que dio respuesta a las graves deficiencias que tenía el sector: segmentación social en la cobertura, la fragmentación y duplicación de los servicios, modelo de atención meramente asistencia-

Figura 1. Los ejes de la transformación de la salud

Fuente: Fernández Galeano, M., Levcovitz, E., Olesker, D. (coords.) (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y cobertura universal de salud en Uruguay*. Montevideo: OPS.

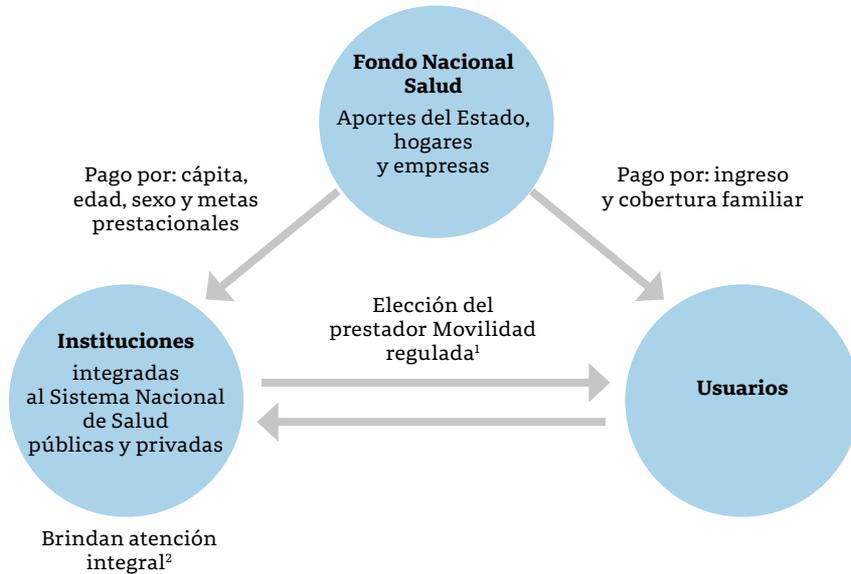
lista y la mercantilización de las prestaciones, entre otros.

Una definición fundacional fue concebir a la salud como derecho humano esencial, bien público y responsabilidad indelegable de Estado y de gobierno. De esta forma el SNIS asegura a todos los habitantes la cobertura integral de su salud, independientemente de su capacidad de pago (ley 18211). La reforma permitió asegurar la cobertura universal al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) alcanzando en el 2016 al 73% de la población (2.535.598 habitantes) a través de la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA); asimismo los otros 900.000 habitantes tienen asegurado el mismo Plan de beneficios a través de la Administración de Servicios del Estado (ASSE).

La reforma supuso cambios en los modelos de gestión, atención y financiamiento en forma simultánea y sinérgica, dotándose de dos herramientas: el SNIS como expresión organizativa y funcional de los servicios públicos y privados que lo conforman y el FONASA como instrumento de financiamiento del seguro público, único, solidario y obligatorio.

2.3.1. Rectoría

La conformación del SNIS y el FONASA hizo posible consolidar el ejercicio de la rectoría por parte del MS 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

Figura 2. Estructura del Seguro Nacional de Salud

Fuente: D. Olesker, M. Fernández Galeano, *Rectoría del Estado y justicia social*.

1. Movilidad regulada: los usuarios pueden cambiar de institución en febrero de cada año, siempre y cuando cumplan con tres años o más de antigüedad en el mismo prestador integral de salud.
2. Todos los prestadores del SNIS deben cumplir a cabalidad con el conjunto de prestaciones incluidas en el Plan de Atención Integral a la Salud (PIAS).

no cumplirse los objetivos, programas, conjuntos prestacionales exigibles y criterios de inclusión de las prestaciones acordados para asegurar su integralidad.

El MS 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 como organismo desconcentrado del MS e integrado por el MS, MEF, BPS y representantes de las organizaciones de usuarios, trabajadores y prestadores de servicios de salud hace la vigilancia de la cobertura, la articulación

del financiamiento y regula la provisión de los servicios.

De esta forma son obligatorias las prestaciones incluidas en el PIAS y en los programas aprobados por el MS. La transferencia de recursos desde el fondo público a los prestadores integrales se realiza por un régimen de cápitas ajustadas por riesgo, según sexo y edad, así como por el cumplimiento de metas asistenciales orientadas al cambio de modelo.

La implementación del SNIS ha mejorado la perspectiva sanitaria del país, bajando los niveles de segmentación que generaban fuertes inequidades y dándole estabilidad al

sistema. En este marco, se definieron los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN 2020) con el propósito de mejorar la situación de salud de la población, reducir las desigualdades en el acceso y cobertura de salud, mejorar la calidad de los procesos asistenciales y generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

2.3.2. Gasto en salud y modelo de financiamiento

Entre el 2007 y el 2014, el gasto en la salud creció 53%, llegando los 4.900 millones de dólares en ese último año, lo que representa 8,6% del PIB. En el 2007, el 53% del gasto era financiado con fuentes públicas mientras que en el 2014 este alcanzó el 76%. En el 2014 el gasto público en salud representó el 20,2% del gasto público total.

El FONASA es el fondo mancomunado, con aportes de las personas, las empresas y del Estado a través de rentas generales. Los usuarios aportan proporcionalmente al FONASA en función de sus ingresos y obtienen cobertura integral para el trabajador y su familia. Las tasas de aporte van desde el 3% del salario cuando los ingresos son bajos al 4,5% de los ingresos cuando no se tienen hijos menores de 18 años y el 6% con hijos entre 0 y 18 años o discapacitados de cualquier edad. La protección social en salud creció en el marco del SNIS en dos sentidos. Ofrece protección social a todo el núcleo familiar, han sido incorporados los hijos y cónyuges y pasó a ser un seguro de salud que garantiza la cobertura a lo largo de toda la vida, ya que están incluidos los jubilados.

Los empresarios privados y las empresas públicas aportan el 5% del salario de sus

trabajadores y el Estado complementa estos aportes con la inversión fiscal de sus rentas generales dado que si bien en los últimos años se han producido incrementos salariales incluyendo el salario mínimo, el aporte solidario progresivo de los trabajadores formales inscriptos en la seguridad social no es suficiente para cubrir una cápita promedio cercana a los 50 dólares mensuales.

Se fortaleció el subsector público, esencialmente la ASSE, cuyo presupuesto pasó de 190 millones de dólares anuales en el 2005 a aproximadamente 1.100 millones de dólares en el 2014. En el 2005, el gasto mensual por usuario en el subsector privado era de 50 dólares y en ASSE, de 14 dólares (relación 3 a 1). En el 2016, el gasto por usuario estaba prácticamente equiparado en ambos subsectores.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) es una institución que otorga cobertura financiera a procedimientos de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo para toda la población residente en el país y usuaria del SNIS. Aunque los avances en materia de cobertura universal han sido sustantivos, la elección del prestador de servicios por parte del usuario tiene limitaciones, por ejemplo, cuando las personas con cobertura FONASA que habían elegido un prestador privado, quedan desocupadas y no tienen causal jubilatoria, aún deben cambiar al prestador público.

2.3.3. Red asistencial y modelo de atención

La red asistencial está conformada por la combinación de servicios de salud públicos y privados que operan tradicionalmente en forma independiente, con baja tendencia a la integración. La complementación e integración de la red constituye un desafío

fundamental para el proceso de reforma. El principal efector público integral es la ASSE, y le siguen en orden de importancia los servicios de sanidad policial y militar.

El subsector privado está conformado por las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) que son mutualistas y cooperativas médicas sin fines de lucro que tienen larga tradición, importante capacidad instalada y la regulación del Estado sobre ellas (11 de ellas están radicadas en Montevideo y 28 en el interior del país). Esta amplia red se completa con seguros privados, que cubren un porcentaje que no supera el 3% de la población y brindan una atención de acuerdo a una prima acordada con el asegurado y que junto a servicios parciales de emergencia móvil operan como seguros privados voluntarios que formando parte de la red integrada de servicios de salud no tiene el financiamiento del FONASA.

Las prestaciones a las que tiene derechos exigibles la población están establecidas en el PIAS. Este define los conjuntos prestacionales obligatorios para todos los prestadores del SNIS, incluye el Formulario Terapéutico Nacional de Medicamentos, el listado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para la prevención, atención y rehabilitación de todas las patologías a lo largo del curso de vida y establece los mecanismos para la incorporación de nuevos procedimientos e indicaciones.

La JUNASA, como órgano de conducción del SNIS, promueve la firma de contratos de gestión con los prestadores públicos y privados por los cuales se establece el compromiso de cumplimiento de garantías explícitas establecidas en el PIAS y de avanzar a una transformación del modelo de atención con la implementación de la estrategia de

atención primaria de salud (APS), el fortalecimiento del Primer nivel de Atención, la continuidad de la atención y la habilitación de la participación y el control social a través de los consejos consultivos de trabajadores y usuarios en cada servicio del sistema. Los incentivos que se promovieron desde el financiamiento aún no han resultado suficientes para avanzar sustantivamente en la implementación de un modelo de atención orientado a garantizar el acceso a servicios y prestaciones de calidad homogénea para toda la población.

2.3.4. Recursos humanos en salud

Si bien llegando a 63 por 10.000 habitantes se ha alcanzado largamente la meta planteada por OPS/OMS de 45 recursos humanos (médicos, licenciados en enfermería, parteras universitarias) cada 10.000 habitantes y el número global de médicos por habitantes es de los más altos de la región (4,76 cada 1.000 habitantes en el 2015), pero persisten desigualdades en su distribución geográfica. Mientras en Montevideo hay 83,2 médicos cada 10.000 habitantes, en el Interior esta cifra desciende a 24 por 10.000. Otro problema importante es el multiempleo médico y su impacto sobre la calidad, la creación reciente de cargos de alta dedicación constituye una salida a este problema.

En la relación médico-licenciadas de enfermería la situación es de cuatro médicos por enfermera y representa una distorsión importante en lo que debiera ser la conformación esperada de equipos de salud conformados por un médico cada cuatro enfermeras. En el 2015 el número de enfermeras y parteras fue de 2,8 cada 1.000 habitantes.

Si se observa la densidad de recursos humanos por subsector, se concluye que el privado presenta una brecha más reducida entre Montevideo-Interior. Si se desagregan los datos por grupos de especialidad, se destaca que las menores dificultades están en el subsector privado para las especialidades básicas. Se destaca también la dificultad para la radicación de especialidades quirúrgicas en el interior del país en ambos subsectores.

2.3.5. Conocimiento, tecnologías y sistemas de información

Tanto la Universidad de la República (UdelaR), a través de la Facultad de Medicina, como la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), orientan su producción científica a las necesidades y demandas sectoriales. La ANII cuenta con el Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación que desarrolló el Sistema Nacional de Investigadores.

Desde hace algunos años, se *evalúan las tecnologías sanitarias*, dando lugar al fortalecimiento de la capacidad técnica para ilustrar los procesos de introducción de nuevas tecnologías —como medicamentos de alto costo o técnicas diagnósticas y terapéuticas—. Además, se desarrollaron competencias para promover la transferencia tecnológica, la innovación y el manejo idóneo de los aspectos relacionados con la propiedad intelectual, favoreciendo la colaboración en red entre las diferentes agencias y espacios de cooperación técnica y la ANII, incluidos los fondos sectoriales.

El país cuenta con un *desarrollo industrial farmacéutico* que da cobertura a nivel local y regional, en particular dentro de los

países miembros del Mercosur. En tal sentido resulta necesario el fortalecimiento del *sistema regulador de medicamentos y otras tecnologías sanitarias* a fin de alcanzar los estándares regulatorios internacionales para el aseguramiento de la calidad, seguridad y eficacia de los productos de salud. Además, esto representa un incentivo al sector industrial ya que esta mejora garantizaría mayor confianza de los países importadores de productos.

La legislación ha habilitado la utilización de medicamentos genéricos y la sustitución de marcas. El uso racional, la prescripción adecuada y la evaluación de tecnologías según estudios económicos se han incorporado a la política sanitaria. Asimismo el crecimiento exponencial de la tecnología exige abordar el costo asistencial y financiero de las *enfermedades catastróficas* y el acceso equitativo a la medicina altamente especializada de enfermedades de baja prevalencia y alto costo. Dicha respuesta el país la brinda a través del FNR con importantes niveles de equidad, calidad y sostenibilidad.

En el marco de la rectoría que ejerce el MS y en conjunto con los actores, se definen los estándares y aplicaciones informáticas. Entre los proyectos de destaca el de Telemedicina e Historia Clínica Electrónica Nacional en el marco de Programa de Salud Uy de la AGESIC. Existe una muy alta penetración en telecomunicaciones: el acceso a internet (fijo y móvil) es extenso. Los hogares con acceso a Internet pasaron del 13% en 2006 al 83% en 2016. El país posee estadísticas vitales de excelente calidad y cuenta con certificados electrónicos para los nacidos vivos, desde 2010, y las defunciones desde 2016.

2.4. «No dejar a nadie atrás», el abordaje de enfoques transversales: derechos humanos, equidad, desigualdades de género, étnico-raciales y discapacidad

Uruguay ha realizado importantes avances en los últimos años en cuanto a la adopción de leyes y políticas públicas específicas con el objetivo de garantizar oportunidades y trato igualitario entre sus ciudadanos. Es así que la desigualdad de género, la violencia contra la mujer, la orientación e identidad sexual y la condición étnico-racial han sido objeto de un tratamiento orientado a cerrar brechas. Estas iniciativas representan un mensaje simbólico hacia la sociedad y contribuyen al debilitamiento de pautas culturales discriminatorias. En el año 2015 el país ocupó el lugar 55 en el Índice de Desarrollo Humano relativo a género.

Los impactos, son aún insuficientes en relación con el aumento sustantivo de oportunidades para las mujeres, las personas afrodescendientes, de la comunidad LGBTI, y personas con discapacidad. Los espacios interinstitucionales creados para el diseño y coordinación de la política pública podrían ser ámbitos propicios para redimensionar políticas inclusivas de mayor impacto.

En el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad de género tiene un papel relevante el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) en articulación con organizaciones de la sociedad civil. Se ha venido actualizando el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Se verifican importantes inequidades de género en las oportunidades y condiciones de trabajo, en la carga desigual del trabajo no remunerado y en la remuneración del trabajo de las mujeres,

que es diez puntos porcentuales inferior a la de los hombres.

Se han logrado importantes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos. Las leyes de Salud Sexual y Reproductiva, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y de Fertilización Humana Asistida generan son un importante reconocimiento de derechos y atención integral de la salud. A partir de la Ley de IVE, se han realizado 25.000 abortos en el marco del SNIS (2013-2015), con tendencia creciente año a año, lo que refleja accesibilidad, a pesar del obstáculo que representa la objeción de conciencia de profesionales de la ginecología. Asimismo el MS ha definido al embarazo y maternidad adolescentes como un OSN 2010.

Existe un nivel importante de prevalencia de la violencia basada en género. El Ministerio del Interior reportó 29 muertes en todo el país entre noviembre de 2015 y octubre de 2016 (19), pero aún no se ha logrado asociar colectivamente las manifestaciones más graves de la violencia de género con los patrones socioculturales que la producen y sostienen. Con la cooperación técnica de la Representación de la OPS/OMS en Uruguay se ha aprobado un plan de acción 2016-2019, “Por una vida libre de violencia de género” que articula los enfoques de género, generaciones y salud pública y promueve el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación para la construcción de un sistema intersectorial de respuesta. Las actuaciones institucionales tanto a nivel de oferta de servicios, equipos interdisciplinarios, procesos de capacitación, involucran a un número importante de recursos.

Desde el Programa Nacional para la Discapacidad (PRONADIS), se han comenzado

a hacer visibles las barreras específicas que viven las personas con discapacidad, estas dificultades en el acceso y especialmente en la calidad, integralidad y oportunidad de la atención y la rehabilitación que reciben son particularmente importantes en los servicios de salud tanto públicos como privados que conforman el SNIS.

Solo recientemente las políticas sociales han incorporado una visión crítica sobre las inequidades de la población afrodescendiente, niveles bajos de educación secundaria y terciaria, niveles de pobreza duplican los de la población general y las condiciones del mercado de empleo son desfavorables. Se ha incorporado Mecanismos de Equidad Racial (MER) desde los que impulsan políticas, planes orientados a la igualdad y no discriminación racial, con énfasis en la población afrodescendiente que representa el 8,1% de población total (28). Se han identificado un conjunto de problemas de salud asociados a las condiciones socioeconómicas y situaciones de desventaja en términos de género y generacionales. El embarazo adolescente, factor reproductor de pobreza y exclusión social, es significativamente mayor en las jóvenes afrodescendientes que a su vez viven en contextos territoriales y habitacionales propios de una fuerte segmentación y fragmentación socioespacial.

En lo que refiere al acceso universal a la salud de las personas LGBT es necesario transformar los servicios de salud en ambientes inclusivos y capacitar a los equipos de salud. Las leyes de unión concubinaria, adopción para personas del mismo sexo, matrimonio igualitario, cambio de nombre y sexo registral y reproducción asistida que permite acceder a este procedimiento a mu-

jerles lesbianas han significado avances en el reconocimiento de los derechos de las personas LGBT y sus familias.

En el acompañamiento desde el sistema de salud de los procesos de transición de las personas trans y los tratamientos de reeducación corporal (hormonización, cirugía, procedimientos dermatológicos) no son procedimientos de carácter estético-cosmético sino intervenciones que se requieren como parte de un abordaje integral de salud y como reconocimiento de derechos. En ese sentido las instituciones del SNIS incluyen la perspectiva de diversidad sexual y la mejora de la atención a la población LGBT.

2.5. Asociación en pro del desarrollo

Para un país democrático es imprescindible una mirada a largo plazo que ayude a formular políticas de Estado. Una mirada estratégica, de largo aliento, debe anticipar situaciones y riesgos, pero también visualizar oportunidades y aprovecharlas bajo una concepción de desarrollo integral.

En ese sentido, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) ha elaborado una visión de Uruguay con horizonte al año 2050 y su correspondiente Estrategia Nacional de Desarrollo, conteniendo líneas de acción referidas a la matriz productiva, a las TIC, a la bioeconomía, al cambio demográfico y a los desafíos para la participación y la cultura del trabajo. Esta visión se vincula directamente con los ODS, de manera que el avance económico, social, ambiental y político sea armónico. El gobierno se entiende que no se puede avanzar en una matriz de protección social si el país no mejora sus ingresos, su productividad, o no genera más riqueza.

La salud comprende acciones no solo propias del sector, sino de toda la sociedad y la economía, articuladas en torno a la protección social y el bienestar, con una mirada de desarrollo. La intensidad y profundidad de los procesos de cambio del sector salud en Uruguay, y la amplitud de las Prioridades Estratégicas definidas por la ASN, 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 sobre el conjunto del sector salud, así como sus alianzas intersectoriales, y sus relaciones internacionales.

En la implementación de acciones en favor del desarrollo, se ubica con oportunidad, competencia, calidad, y compromiso la cooperación de la OPS/OMS: sistematizando, analizando y promoviendo ya no solo el intercambio de ideas y el debate colectivo sobre las intervenciones concretas y las opciones de política pública, sino catalizando el desarrollo de las capacidades institucionales, organizacionales, gerenciales y humanas en el país, sectorial o conjuntamente. La OPS/OMS está llamada a procurar acuerdos en torno a objetivos claros e integrar la política sanitaria con los múltiples interesados directos.

Todos estos elementos orientan la definición de las líneas estratégicas de cooperación en el país incluidas en este documento, en articulación con las demás agencias de cooperación presentes en el país. Desde ese lugar, se fortalece el intercambio entre los países de la región, se facilita la cooperación Sur-Sur y se aumenta la capacidad interregional, tendiendo a lograr su autosuficiencia y desarrollo sostenible. Se continúa así una fuerte tradición de participación activa en

diplomacia internacional, con fomento del multilateralismo y la articulación de acciones y programas en el marco del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) en el cual la cooperación está orientada por el MECNUD en Uruguay para el período 2016-2020.

Este marco ha sido precedido por dos experiencias de programación conjunta: 2007-2010 y 2011-2015 y se ha desarrollado, al igual que las veces anteriores, en el marco del enfoque “Unidos en la Acción” o “*Delivering as One*”. Opera como una hoja de ruta y permite que las Naciones Unidas, el gobierno y las diversas contrapartes de la sociedad civil orienten sus esfuerzos hacia los aspectos de primer orden de la vida de la población, recogiendo las lecciones aprendidas del trabajo conjunto, así como la rica experiencia y buenas prácticas de su gobernanza característica.

Constituyendo el tercer proceso de programación que se lleva a cabo en el país, este marco prevé movilizar un total de 147.010.708 dólares para todo el período, en acciones sobre tres áreas prioritarias de trabajo son: 1) desarrollo sostenible con innovación, 2) desarrollo social inclusivo e igualitario, y 3) desarrollo democrático basado en la calidad institucional, la descentralización política y el ejercicio de derechos. Su monitoreo y evaluación se basa en: a) tres grupos temáticos o de resultados compuestos por técnicos del sistema, en consulta con grupos técnicos del Gobierno y organizaciones de la sociedad civil, especialistas, coincidiendo con cada una de las tres áreas prioritarias; y b) grupos “especializados” interagenciales como el Grupo de Género, el de Comunicaciones, el de Operaciones (OMT), el Grupo de Naciones Unidas para las Emergencias (UNETE), o el Equipo Conjunto de VIH/sida.

En Uruguay, el SNU tiene como actores a las siguientes agencias, fondos, programas y comisiones: CEPAL, FAO, OIM, OIT/CINTERFOR, ONUDI, ONU Mujeres, OPS/OMS, PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNOPS y PNUMA. Además, lo compone el Banco Mundial. Todos ellos con personal instalado en el país. Adicionalmente, y a pesar de no tener oficinas en el país, colaboran bajo diversas modalidades a través de sus programas, proyectos y/o equipos técnicos, otros organismos como ACNUDH, OIT, ONU SIDA, UNODC, ACNUR y IAEA.

El Equipo País o *United Nations Country Team* (UNCT) está conformado por los directores y representantes de las diferentes agencias y es liderado por la Oficina del Coordinador Residente. Pone en común recursos, experiencias y buenas prácticas, para lograr una mejor eficiencia y eficacia de las actividades de Naciones Unidas en el país.

En su seno, el rol de liderazgo en temas de salud le es propio a la OPS/OMS. Asimismo, y en articulación con otras agencias, comparte el liderazgo en temas transversales como género y derechos humanos.

Uruguay ha dejado de ser receptor de fondos de «ayuda internacional» para situarse como un socio de la comunidad internacional. El desarrollo desplegado de la Agencia Uruguaya para la Cooperación Internacional (AUCI), desde la Presidencia de la República, con funciones de coordinación intersectorial de la cooperación ha sido fundamental para este cambio. Uruguay es hoy centro de referencia para la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular, y la implementación del MECNUD le permite poner en valor sus experiencias y capacidades a nivel regional e internacional, además de participar de redes y conocimiento a nivel internacional.

Dentro de las áreas de cooperación y efectos del MECNUD, de especial consideración para la ECP resulta el área prioritaria 2: Desarrollo social inclusivo e igualitario. En particular su componente 2.2 que promueve políticas públicas más efectivas y la provisión de servicios de calidad (en especial, políticas de primera infancia, adolescencia y juventud, alimentación, salud —incluyendo salud sexual y reproductiva—, educación, así como trabajo y empleo)”.

Dentro del campo de las políticas dirigidas a contribuir en esa área, han quedado destacadas dos líneas a priorizar en el abordaje conjunto del SNU: a) formulación y aplicación de un plan nacional multisectorial para prevenir y atender en forma integral las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), con especial énfasis en afrontar sus factores de riesgo; b) el abordaje del embarazo adolescente, asegurando la realización plena de sus derechos, mediante el fortalecimiento de los mecanismos de acceso a la educación sexual y la ampliación de las oportunidades para su desarrollo integral. Estas líneas vinculan la acción estratégica a los ODS 3 y 4.

Muy vinculado con la anterior, el componente de área 2.3 se propone apoyar el sistema nacional de cuidados con foco en grupos prioritarios: primera infancia, personas con discapacidad, adultos mayores y personas que realizan tareas de cuidado y contribuir a una distribución igualitaria de los cuidados entre mujeres y hombres, articula la acción específica entre salud y bienestar social y vincula el accionar del sistema a su contribución a los ODS 3 y 5.

Como parte de la contribución del país a la agenda sanitaria global a fin de promover la salud a nivel regional y mundial, mediante

procesos bilaterales y multilaterales de cooperación técnica, figuran áreas donde Uruguay ha recibido reconocimiento por sus avances:

La *lucha contra el tabaco* fue una de las principales definiciones de Estado de las últimas dos décadas. Uruguay ha sido pionero en la promoción de políticas antitabaco. Su liderazgo a nivel regional y global en la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (FCTC en inglés) prácticamente en su totalidad, ha dado como resultado la disminución significativa y constante de la prevalencia de tabaquismo. La persistencia y decisión política en litigios con la industria permitieron establecer el principio de que un país tiene derecho a proteger la salud ante tratados de inversión o acuerdos de índole comercial.

En lo referente a *seguridad vial*, se ha avanzado su agenda de política pública conforme los compromisos establecidos en el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 de NNUU. La OPS/OMS ha acompañado, asesorado y apoyado los procesos de UNASEV, tanto a nivel nacional como local, existiendo siempre un fluido cauce de cooperación y complementación tanto en las fases de investigación, monitoreo de las acciones, capacitación, difusión, propaganda, como en el intercambio de información y experiencias.

Por último, es preciso destacar que en la actualidad Uruguay ha iniciado un proceso de abordaje a nivel de políticas para la prevención y control de las *enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo*. Decididamente la política pública avanza con distintos instrumentos hacia marcos regulatorios más estrictos, promoción integral de la salud, prevención eficaz de la enfermedad, y estrategias costo-efectivas de manejo de la

morbilidad. Reclamando la coherencia de formulación a fin de obtener impactos, el país ha convocado a un liderazgo en la materia que se consolidará en los próximos años que en intrínseca alianza con OPS/OMS, contribuirá a la salud global.

2.6. Examen de la cooperación de la OPS/OMS en el marco de la ECP 2012-2015

En setiembre de 2012 las autoridades sanitarias nacionales y la Representación de OPS/OMS en Uruguay firmaron la Nota Estratégica de la ECP 2012-2015. Culminaba de esa forma un proceso de interacción e intercambio de visiones y aportes complementarios entre los principales actores tecnopolíticos e institucionales nacionales y el Grupo Coordinador Interno de la OPS/OMS en Uruguay.

En ese marco de establecieron cinco Prioridades Estratégicas de cooperación de la OPS/OMS con Uruguay: Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud; Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública y la Prevención y Control de Enfermedades; Desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Información; Consolidación de la Política de Recursos Humanos y Acción Intersectorial, Movilización y Participación Social.

Estas Prioridades Estratégicas de la ECP 2012-2015, a tres años de iniciado un proceso de reforma estructural profunda con la conformación del SNIS, en el marco de un nuevo equipo de gobierno, estuvieron centradas en la consolidación y profundización de las transformaciones del sistema de salud con énfasis en recursos humanos, capacitación, innovación y transferencia tecnológica y el conocimiento de los determinantes epidemiológicos. Asimismo se apuntó al fortale-

cimiento de redes integradas de servicios de salud las que deberían desarrollarse con el apoyo técnico de OPS/OMS en una dimensión intersectorial amplia y basada en sistemas de información robustos.

Fue muy importante potenciar el desarrollo científico-técnico de las instituciones nacionales, el fomento a la generación e intercambio de estudios operativos sobre los nudos críticos del SNIS, el fortalecimiento de Observatorios para una toma de decisiones basada en el mejor conocimiento sistematizado. Fue la experiencia del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, el Observatorio de Recursos Humanos en Salud y la Plataforma Interinstitucional para la Evaluación y el Monitoreo del Acceso y la Cobertura Universal en Salud.

Ha sido vital para la Representación en Uruguay, 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.

En el campo del control de las enfermedades transmisibles el trabajo coordinado intersectorial e interinstitucional fue clave para reforzar y volver más eficaz y eficiente tanto la cooperación técnica como las acciones nacionales en salud. Se constata la importancia de anticipar problemas con enfermedades emergentes y desatendidas no arribadas a Uruguay, como forma de fortalecimiento de estructuras y acciones de prevención, control y atención.

En mes de noviembre de 2016 ingresando en la fase de preparación de la nueva estrategia los actores nacionales expresaron una valoración altamente positiva de la coope-

ración implementada por OPS/OMS en el período 2012-2016, tanto en lo que refiere al cumplimiento y los impactos de las actividades planificadas como por la eficiencia en el empleo de los recursos disponibles.

Se entendió que la elaboración participativa de un plan estratégico alineado con las prioridades del país justificaba volver a recurrir a la metodología y las herramientas aplicadas en los procesos de elaboración de la ECP destacando la importancia de generar la interacción de diferentes sectores e instituciones para renovar la cooperación con una perspectiva integral e integrada.

En el 2017 se cumplen diez años de implementación de la reforma del sistema de salud, se ha avanzado de forma sustantiva tanto en el logro de una cobertura poblacional de carácter universal como en el afianzamiento de un sistema de financiamiento a través de un fondo mancomunado público, obligatorio con aportes equitativos y solidarios. Sin embargo, las autoridades sanitarias entienden que las posibilidades de consolidar las transformaciones en curso pasan por la mejorar la capacidad de los servicios de salud de brindar en forma oportuna prestaciones y servicios de calidad homogénea a toda la población del país.

Partiendo de una evaluación satisfactoria de la utilización de las ECP, en el trabajo conjunto con las autoridades del Ministerio de Salud durante la etapa de preparación se estableció como criterio central para definir la cooperación futura de OPS/OMS en Uruguay contribuir al mayor logro posible de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) y sus Objetivos Estratégicos (OE) en el horizonte del año 2020. En ese sentido corresponde consignar que la planificación



de la autoridad sanitaria tiene definidos un conjunto amplio y preciso de áreas de intervención (77), resultados esperados (30), metas sanitarias objetivas y medibles (48) y líneas de acción (302).

En ese sentido las autoridades sanitarias nacionales en acuerdo con la OPS/OMS en Uruguay estimaron que intervenciones

de cooperación técnica deberían tener capacidad de impactar positivamente en los distintos niveles de esta planificación dentro del marco de Prioridades Estratégicas con sus correspondientes ámbitos de actuación de la ECP las que por su parte están explícita y directamente alineadas con los propios OSN/OE 2020.



CAPÍTULO 3



CAPÍTULO 3

Programa Estratégico de Cooperación de la OPS/OMS

El Programa Estratégico de Cooperación es el núcleo sustantivo de la ECP donde se exponen las cinco prioridades y los quince ámbitos de actuación que reflejan la finalidad la cooperación técnica de OPS/OMS para apoyar las políticas, estrategias y planes nacionales de salud,⁷ conforme al análisis y fundamentos que se expresan en el capítulo precedente. La identificación y responsabilidad del logro de las prioridades estratégicas incumbe conjuntamente al gobierno y a la OPS/OMS.

Este programa se definió con el MS usando los insumos del vasto proceso de consulta que se implementó desde noviembre de 2016 a abril de 2017. El proceso involucró a referentes en la conducción de las políticas de salud y desarrollo y a especialistas del sector, así como a los asociados para el desarrollo de la cooperación internacional con destaque en el SNU.

En la toma de decisiones se buscó la mayor armonización entre los planes nacionales y su proyección hacia los ODS. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, tiene 17 objetivos (ODS) y 169 metas, que recogen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pendientes y afrontan los nuevos desafíos para la salud

mundial. Con este instrumento se pretende materializar los derechos humanos de las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros. Los Objetivos y las metas son de carácter global e integrado; armonizan las dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo sostenible. Los ODS operan como una guía que orientará la política de desarrollo y financiamiento durante los próximos 15 años en las esferas de acción de importancia crítica para la humanidad y el planeta.

El Objetivo 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, está específicamente relacionado con la salud y se compone de 13 metas. Además, hay 40 metas que pertenecen a 14 de los objetivos que están relacionadas con la salud. Esto pone de manifiesto que pese a los avances y mejoras en la salud mundial, insisten las necesidades y los esfuerzos de hacer frente a diversos problemas persistentes y emergentes en materia de salud.

Durante el 2016, Uruguay llevó a cabo el Diálogo Social, donde el gobierno convocó a un intercambio y reflexión entre el sector público, sociedad civil, academia y privados con la mirada puesta en los ODS. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) —en tanto órgano transversal a la institucionalidad uruguaya, que trabaja con empresas públicas, intendencias, presupuesto nacional, ministerios y sociedad civil— el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) son los organismos designados por decreto del

7 Los ámbitos de actuación son las áreas en las que se plasmarán los logros previstos para satisfacer una prioridad estratégica. Todos los ámbitos de actuación tienen la misma importancia.

Poder Ejecutivo para monitorear y articular las políticas públicas para la elaboración de los informes voluntarios país.

Se han desarrollado una serie de mesas de diálogo a los efectos de establecer, adecuar y ampliar los temas asociados a la salud. La Representación de la OPS/OMS en Uruguay ha participado de estos intercambios técnicos los que constituyen un insumo importante para la elaboración de la ECP.

En el MECNUD 2016-2020 el SNU y el Gobierno acordaron concentrar los esfuerzos en atender tres áreas prioritarias: desarrollo sostenible con innovación; desarrollo social inclusivo e igualitario y, desarrollo democrático basado en la calidad institucional, la descentralización política y el ejercicio de derechos. En forma concomitante, se acuerda trabajar en torno a un conjunto de ejes transversales: derechos humanos; género; sostenibilidad ambiental; buena gobernanza, descentralización y desarrollo territorial; y apoyo a la cooperación Sur-Sur y Triangular.

Con foco en salud, el área prioritaria de desarrollo social inclusivo e igualitario, prevé la cooperación en las políticas de salud: “Mejorar en forma significativa las capacidades de las y los ciudadanos, mediante la implementación de políticas públicas más efectivas y la provisión de servicios de calidad (en especial, políticas de primera infancia, adolescencia y juventud, alimentación, salud —incluyendo salud sexual y reproductiva—, educación, así como trabajo y empleo)” (resultado 2.2.)

En el primer punto de su desarrollo enfoca en que “dentro del campo de las políticas de salud, se advierten dos líneas a priorizar: la formulación y aplicación de un plan nacional multisectorial para prevenir y atender en

forma integral las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), con especial énfasis en afrontar sus factores de riesgo; el abordaje del embarazo adolescente, asegurando la realización plena de sus derechos, mediante el fortalecimiento de los mecanismos de acceso a la educación sexual y la ampliación de las oportunidades para su desarrollo integral” (resultado 2.2.i).

Estos resultados esperados se complementan con otros: i) fortalecimiento de las políticas públicas, las capacidades institucionales y los servicios sociales, adecuación de los marcos legales, para superar las vulnerabilidades y promoción de la inclusión social de los grupos más desfavorecidos (en particular, infancia, juventud, población afrodescendiente, personas con discapacidad y población trans, personas con uso problemático de drogas y personas privadas de libertad) (resultado 2.1.); ii) avanzar en la implementación de un sistema nacional de cuidados para promover la autonomía de las personas, su atención y asistencia, —con foco en grupos prioritarios: primera infancia, personas con discapacidad, adultos mayores y personas que realizan tareas de cuidado— y contribuir a una distribución igualitaria de los cuidados entre mujeres y hombres (resultado 2.3); iii) potenciar una estrategia de equidad territorial, que combine políticas sectoriales territorialmente focalizadas orientadas a la reducción de inequidades, con otras de descentralización y políticas específicas de desarrollo territorial y participación ciudadana (resultado 2.4).

Paralelamente, en el resto de las áreas prioritarias y de los resultados previstos, también se refiere a la salud, sus determinantes sociales y respuestas sistémicas:

recursos naturales, como el agua, reducción de la contaminación, entre otros (resultado 1.1.); respuesta al problema del cambio climático y la variabilidad climática en todas sus dimensiones (resultado 1.3); optimización de la eficacia en el resultado de las políticas públicas con promoción de la participación y control ciudadano en la toma de decisiones (resultado 3.1.); fortalecimiento de las capacidades para la cooperación Sur-Sur y triangular (resultado 3.2); avanzar en la plena adecuación de los marcos legales a los compromisos asumidos en materia de derechos humanos (resultado 3.3); el apoyo a los procesos de transformaciones culturales, en materia de igualdad, ejercicio pleno de los derechos y el rechazo de los estereotipos y comportamientos en los que se basan las distintas manifestaciones de violencia interpersonal, en particular la violencia basada en género y generaciones (resultado 3.5). En resumen, de trece resultados previstos en el MECNUD, uno de ellos se centra en salud, y en otros ocho se busca impactar en áreas de desarrollo que repercuten en la salud.

La cooperación de OPS/OMS con el país tiene como punto de partida nacional las definiciones de planificación estratégica 2020 establecidas por el Ministerio de Salud de Uruguay —alineados a la Agenda 2030 de ODS— que, a partir de la identificación de quince problemas críticos, fijó cuatro Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) y cinco Objetivos Estratégicos (OE) con sus correspondientes metas e indicadores, áreas de intervención y líneas de acción.

La base conceptual de este proceso de planificación estratégica se sostiene en comprender la salud como derecho humano fundamental. Eso llevó al MS a asumir un

conjunto de responsabilidades que entiende inherentes al Estado Uruguayo en su condición de garante. Esto significa actuar conforme a tres obligaciones concretas, orientadas a garantizar las condiciones para alcanzar una vida saludable:

- Definir y liderar políticas intersectoriales en materia de salud, estimulando la participación e involucramiento de los usuarios, de los trabajadores y de la sociedad toda, en mejorar estilos de vida y disminuir riesgos para la salud.
- Promover la adopción de distintas medidas —legislativas, administrativas, judiciales, programáticas y presupuestarias— que determinen que las instituciones vinculadas al proceso salud-enfermedad, brinden el mejor nivel de calidad posible en la atención integral a la salud física y mental.
- Proteger, lo que implica que el Estado impida que terceros interfieran, violentando o dificultando el goce del derecho a la salud.

Los OSN oficializan como una hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión ni el papel decisivo que tiene la perspectiva intersectorial. Su definición constituye un desafío para las políticas de salud, que apoyada en las transformaciones del sistema de salud, identifica a mediano y largo plazo un futuro donde la salud de la población sea la base de una vida en sociedad plena.

La garantía de derecho no se acota a la atención sanitaria. Garantizar una buena salud incluye aspectos vinculados a la

atención a la salud propiamente dichos, así como aspectos vinculados a las condiciones y medio ambiente donde se desarrolla la vida: agua, saneamiento, alimentos, nutrición, vivienda, condiciones y medio ambiente de trabajo, educación e información sobre salud, entre otros.

Los OSN se definieron con la intención de producir resultados concretos —medibles en un conjunto resultados, metas e indicadores— que beneficien a la población:

1. Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
3. Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
4. Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención.

Estos objetivos buscan impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones y mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.

La identificación y priorización de los problemas sanitarios que sustentan los OSN, responde a una valoración de su magnitud y su relevancia en la realidad nacional, así como su vulnerabilidad respecto a las acciones que se propongan modificarlos.

Se busca impactar en los problemas críticos priorizados desde una perspectiva de derechos, contemplando las desigualdades de género y generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia. Asimismo se busca reducir el

grado de exposición de los individuos y los colectivos poblacionales a factores de riesgo modificables, fortaleciendo sus capacidades para tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales adecuadas a su pleno desarrollo.

Estas respuestas se inscriben y apoyan en los esfuerzos que hace el país por lograr una atención integral de calidad homogénea lo que supone fortalecer los servicios de salud públicos y privados en el marco del proceso de complementación y coordinación de la amplia red asistencial del SNIS. Esto supone abatir inequidades aún existentes, potenciar la capacidad de resolución con énfasis en primer nivel de atención, con la utilización adecuada de recursos mejorando la satisfacción de los usuarios.

La priorización de los **problemas críticos** que sostienen esta planificación de la política de salud, se estableció a partir de su magnitud y relevancia en la realidad sanitaria nacional y de la vulnerabilidad respecto de las acciones que se pueden promover para modificarlos:

1. Embarazo no deseado en adolescentes.
2. Prematurez y bajo peso al nacer.
3. Elevado índice de cesáreas.
4. Transmisión vertical de sífilis y VIH.
5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
7. Morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.
8. Morbimortalidad por cáncer.
9. Morbimortalidad por VIH/sida.
10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.
11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.
12. Violencia

Figura 3. Objetivos Sanitarios Nacionales. MS. 2015-2020

de género y generaciones. **13.** Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables. **14.** Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas. **15.** Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

Por último, la definición de Objetivos Estratégicos (OE) en torno a los cuatro pilares sanitarios permitió al MS fijar metas y resultados concretos con sus correspondientes indicadores de desempeño; estos OE operan como desafío de la política de salud, que apoyada en los logros anteriores y transformación del sistema sanitario, identifica un futuro posible y alcanzable, para abordar los problemas de salud y la calidad de vida de las personas:

- 1.** Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo
- 2.** Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad
- 3.** Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida
- 4.** Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud
- 5.** Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades

La política nacional de salud cuenta entonces con una herramienta de planificación que se plasma en una matriz que integra los OSN y los OE, y establece un conjunto de resultados, metas e indicadores planteados

Figura 4. Formulación de los Objetivos Estratégicos, Uruguay 2020

Objetivos estratégicos	1	Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.
	2	Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.
	3	Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida.
	4	Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.
	5	Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades.

como desafío a partir de una línea de base que indica el punto de partida.

En la elaboración del programa estratégico se identifican dos fases: la primera de definición de las prioridades estratégicas de cooperación, y la segunda, de definición de los ámbitos de actuación para cada prioridad estratégica. Todo el ciclo implicó un intenso diálogo con el MS.

La primera fase, de identificación y definición de las Prioridades Estratégicas de Cooperación (noviembre de 2016 - febrero de 2017) hizo el recorrido de una revisión y armonización del Plan Estratégico de OPS/OMS con OSN/OE 2020 y con los ODS 2030; para luego realizar una consulta nacional de priorización y armonización de las áreas programáticas de OPS/OMS (método Hanlon, adaptado OPS/OMS), de la que participaron los responsables de la conducción de las políticas de salud en el país. Estos insumos permitieron formular las Prioridades Estratégicas.

La segunda fase, de identificación y formulación de los ámbitos de actuación para cada prioridad estratégica, profundizó los espacios de consulta con la finalidad de construir una ECP participativa y recoger insumos de calidad y cantidad para la toma de decisiones. De este modo, se aplicó una encuesta; se desarrollaron tres talleres de consulta —organismos de la cooperación internacional con sede en Uruguay; Sistema de las Naciones Unidas; Organismos nacionales vinculados a la salud y al desarrollo que no forman parte del Gabinete Social—; y se cerró el ciclo con un Taller Final de Síntesis del proceso.

Con el aporte de 60 profesionales que respondieron la encuesta sobre acciones claves se recogieron 885 propuestas de cooperación técnica orientadas a contribuir al logro de cada una de las cinco Prioridades Estratégicas alineadas con los OSN/OE 2020 definidos por Ministerio de Salud.

La cantidad y calidad de las propuestas recibidas y sistematizadas habilitaron un análisis cualitativo y cuantitativo que contribuyó a la definición y formulación de los ámbitos de actuación para el logro de resultados relevantes en diferentes áreas programáticas y los niveles de planificación (objetivo general, producto-servicio, tarea) que se integran y articulan con diferentes modalidades de cooperación técnica (elaboración de documentos, generación de herramientas de difusión, jornadas de capacitación y disseminación, ciclos de intercambios, ámbitos de validación y acreditación, etc.).

Si bien dentro de los objetivos de la Encuesta no estaba definir un listado taxativo y definitivo de productos, servicios, actividades y tareas, las propuestas formuladas son una contribución importante para la aprobación del plan consolidado de cooperación técnica que será parte de acuerdos operativos posteriores entre el MS y la OPS/OMS en Uruguay en el marco de la ECP.

La consulta hizo posible identificar y sistematizar los temas prioritarios para la

cooperación técnica en un futuro mediano, en torno a los cuales la OPS/OMS en Uruguay debería mantener o fortalecer su plan de acción en los próximos cuatro años. Asimismo ha posibilitado identificar nuevos campos y estrategias de cooperación con el país hasta ahora no suficientemente trabajados.

Conocer las acciones claves seleccionadas permitió a los grupos de trabajo del taller final de síntesis completar el proceso de consulta con la definición de tres ámbitos de actuación para cada prioridad estratégica.

En efecto, el trabajo grupal permitió formular, revisar y ampliar posibles ámbitos de actuación y proponer e identificar a qué ámbito de actuación podrían asignarse las 180 acciones clave de cooperación técnica para cada prioridad estratégica que registró la encuesta. El itinerario de consulta y construcción participativa de la ECPS, permitió formular el Programa Estratégico de Cooperación que se expresa en el siguiente cuadro matriz:

Prioridad estratégica 1	Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables con reducción de los factores de riesgo
Ámbito de actuación 1.1	Respuesta multisectorial e interinstitucional que mejore las condiciones socioeconómicas y ambientales para promover hábitos saludables, reducción de riesgos y daños asociados a enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles
Ámbito de actuación 1.2	Identificación, disseminación y desarrollo de las mejores prácticas, opciones normativas y reglamentarias orientadas a producir resultados en las transformaciones de los determinantes sociales de la salud
Ámbito de actuación 1.3	Fortalecimiento de acciones centradas en las personas para que sean capaces de modificar conductas, de mejorar el medio ambiente, el estilo de vida y de proteger al individuo y las familias. Con énfasis en la prevención de violencia, lesiones y consumo de drogas; y promoción de una nutrición saludable, la práctica de ejercicio físico y la salud mental.

Prioridad estratégica 2	Aportar a la disminución de la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad
Ámbito de actuación 2.1	Aumento de cobertura de las intervenciones eficaces en vigilancia, promoción, prevención y control —diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación—, de enfermedades no transmisibles y transmisibles
Ámbito de actuación 2.2	Fortalecimiento de las capacidades de prevención y control de los servicios de salud para habilitar prácticas apropiadas con énfasis en ciclo de vida desde una perspectiva de derechos.
Ámbito de actuación 2.3	Fortalecimiento de las capacidades para desarrollar protocolos, guías, metodologías de análisis y evaluación de procesos, resultados e impactos.
Prioridad estratégica 3	Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida
Ámbito de actuación 3.1	Contribución al mejoramiento y adecuación de políticas, planes y programas para la atención de la salud en el curso de vida, centrados en las personas, con énfasis en el ejercicio de derechos
Ámbito de actuación 3.2	Mejorar las capacidades de prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de los servicios de salud para garantizar intervenciones oportunas en la atención de las personas a lo largo del curso de vida, con perspectiva de género y generaciones y énfasis en las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
Ámbito de actuación 3.3	Fortalecimiento de buenas prácticas, elaboración de programas específicos, protocolos y guías en áreas priorizadas con alcance a colectivos vulnerables.
Prioridad estratégica 4	Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal
Ámbito de actuación 4.1	Fortalecimiento de la conducción, gobernanza y rectoría intra e intersectorial con participación social orientadas al desarrollo de los Objetivos Sanitarios Nacionales. Apoyo a las políticas, estrategias, planes, capacidad regulatoria —especialmente en lo referido a productos médicos y otras tecnologías—, sistemas de información e inteligencia sanitaria para el desarrollo y la sostenibilidad social y financiera del SNIS.
Ámbito de actuación 4.2	Contribución a fortalecer las políticas de organización y gestión de los servicios de salud centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, en base a las FESP; las estrategias y las modalidades de atención con enfoque de APS y RISS.
Ámbito de actuación 4.3	Fortalecer las capacidades para desarrollar políticas de recursos humanos y financiamiento sostenible y equitativo del sistema de salud de manera que contribuyan con las transformaciones del SNIS en la perspectiva de salud universal.
Prioridad estratégica 5	Fomento de la acción intersectorial, movilización y participación social
Ámbito de actuación 5.1	Articulación intersectorial e interinstitucional para el desarrollo de estrategias y políticas de salud y sus determinantes sociales —incluyendo situaciones de desastre y emergencias— su gobernanza, financiamiento, información y evaluación a nivel nacional, departamental y local.
Ámbito de actuación 5.2	Articulación Estado-sociedad civil para el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de derechos que consideren a las poblaciones más necesitadas durante el ciclo de vida y a los colectivos vulnerables atendiendo las desigualdades socioeconómicas, de género y etnia y consolidando mecanismos institucionales de participación y control social.
Ámbito de actuación 5.3	Desarrollo de planes y programas de capacitación, difusión, comunicación y de educación, promoción y prevención para la respuesta intersectorial a temas de salud que impactan en la salud integral y en el desarrollo.



TABLA 6. Matriz de vinculación de la **Prioridad Estratégica I** con los OSN, el PGT de OPS/OMS, los ODS y el MECNUD

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>1.1. Respuesta multisectorial e interinstitucional que mejore las condiciones socioeconómicas y ambientales para promover hábitos saludables, reducción de riesgos y daños asociados a enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.</p>	<p>OSN/OE.1. Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo. RE 1.1. Reducción de fumadores y exposición al humo de tabaco. RE 1.2. Alimentación saludable y actividad física. RE 1.5. Usos problemáticos de alcohol. RE 1.6. Riesgos y daños asociados al uso de cannabis.</p>	<p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en todas sus áreas programáticas. Categoría 4. Sistemas de salud en el área programática gobernanza y financiamiento.</p>	<p>ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal ODS 3.a. Control del tabaco. ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos. ODS 2.1. Acceso a la alimentación ODS 2.2. Poner fin a todas las formas de malnutrición.</p>	<p>RE 1.1. Conservación y uso sostenible de los recursos naturales. RE 2.1. Inclusión social. RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación. RE 2.4. Desarrollo local.</p>
<p>1.2. Identificación, diseminación y desarrollo de las mejores prácticas, opciones normativas y regulatorias orientadas a producir resultados en las transformaciones de los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>OSN/OE.1 Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo. RE 1.2. Alimentación saludable y actividad física. RE 1.5. Usos problemáticos de alcohol. RE 1.7. Estupeficientes y psicofármacos.</p>	<p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal ODS 3.a. Control del tabaco. ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos. ODS 11.7. Acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros.</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social. RE 3.3. Derechos humanos. RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PCT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>1.3. Fortalecimiento de acciones centradas en las personas para que sean capaces de modificar conductas, de mejorar el medio ambiente, el estilo de vida y de proteger al individuo y las familias. Con énfasis en la prevención de violencia, lesiones y consumo de drogas; y promoción de una nutrición saludable, la práctica de ejercicio físico y la salud mental.</p>	<p>OSN/OE.1. Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.</p> <p>RE 1.1. Reducción de fumadores y exposición al humo de tabaco.</p> <p>RE 1.2. Alimentación saludable y actividad física.</p> <p>RE 1.3. Anemia y el retraso del crecimiento.</p> <p>RE 1.4. Sobrepeso y la obesidad.</p> <p>RE 1.5. Usos problemáticos de alcohol.</p> <p>RE 1.6. Riesgos y daños asociados al uso de cannabis.</p>	<p>Categoría 2.</p> <p>Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.2 Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.</p> <p>ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal</p> <p>ODS 3.a. Control del tabaco.</p> <p>ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos.</p> <p>ODS 12.8. Que las personas tengan la información para el DS y los estilos de vida en armonía con naturaleza</p>	<p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación.</p> <p>RE 2.3. Sistema nacional de cuidados.</p> <p>RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>

Referencias:

- Prioridad Estratégica 1: Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables con reducción de los factores de riesgo
- OSN/OE: Objetivos Sanitarios Nacionales / Objetivo Estratégico 2020 del MS
- PGT de OPS/OMS: Plan Global de Trabajo de OPS/OMS
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- MECNUD: Marco Estratégico de Cooperación de Naciones Unidas para el Desarrollo
- RE: Resultado esperado, aplica a los OSN 2020 del MS y al MECNUD

TABLA 7. Matriz de vinculación de la **Prioridad Estratégica 2** con los OSN, el PGT de OPS/OMS, los ODS y el MECNUD

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
2.1. Aumento de cobertura de las intervenciones eficaces en vigilancia, promoción, prevención y control —diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación— de enfermedades no transmisibles y transmisibles	<p>OSN/OE.2. Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad</p> <p>RE 2.1. Reducción ENT prevalentes.</p> <p>RE 2.2. Disminución mortalidad y morbilidad infantil neonatal.</p> <p>RE 2.3. Reducción morbilidad por VIH/sida.</p> <p>RE 2.4. Disminución morbilidad vinculada a la violencia.</p> <p>RE 2.5. Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.</p> <p>RE 2.6. Disminución de la incidencia de suicidios.</p>	<p>Categoría 1. Enfermedades transmisibles</p> <p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>En todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.1. Reducir mortalidad materna.</p> <p>ODS 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, tuberculosis</p> <p>ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.</p> <p>ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas.</p> <p>ODS 3.6. Reducir muertes y lesiones por siniestro de tráfico.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal.</p> <p>ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos.</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p> <p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación.</p>
2.2. Fortalecimiento de las capacidades de prevención y control de los servicios de salud para habilitar prácticas apropiadas con énfasis en ciclo de vida desde una perspectiva de derechos.	<p>OSN/OE.2. Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad</p> <p>RE 2.1. Reducción ENT prevalentes.</p> <p>RE 2.2. Disminución mortalidad y morbilidad infantil neonatal.</p> <p>RE 2.3. Reducción morbilidad por VIH/sida.</p> <p>RE 2.4. Disminución morbilidad vinculada a la violencia.</p>	<p>Categoría 1. Enfermedades transmisibles</p> <p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>En todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.1. Reducir mortalidad materna.</p> <p>ODS 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, tuberculosis</p> <p>ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.</p> <p>ODS 3.6. Reducir muertes y lesiones por siniestro de tráfico.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal.</p> <p>ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos.</p> <p>ODS 16.1. Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p> <p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación.</p> <p>RE 3.2. Cooperación Sur-Sur y triangular.</p> <p>RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>2.3. Fortalecimiento de las capacidades para desarrollar protocolos, guías, metodologías de análisis y evaluación de procesos, resultados e impactos.</p>	<p>OSN/OE.2. Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad RE 2.1. Reducción ENT prevalentes. RE 2.2. Disminución mortalidad y morbilidad infantil neonatal.</p>	<p>Categoría 1. Enfermedades transmisibles Categoría 2. Enfermedades no transmisibles En todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.1. Reducir mortalidad materna. ODS 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, tuberculosis ODS 3.4. Reducir mortalidad prematura ODS 3.6. Reducir muertes y lesiones por siniestro de tráfico. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal. ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p>

Referencias:

- **Prioridad Estratégica 2:** Aportar a la disminución de la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.
- OSN/OE: Objetivos Sanitarios Nacionales / Objetivo Estratégico 2020 del MS
- PGT de OPS/OMS: Plan Global de Trabajo de OPS/OMS
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- MECNUD: Marco Estratégico de Cooperación de Naciones Unidas para el Desarrollo
- RE: Resultado esperado, aplica a los OSN 2020 del MS y al MECNUD

TABLA 8. Matriz de vinculación de la **Prioridad Estratégica 3** con los OSN, el PGT de OPS/OMS, los ODS y el MECNUD

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>3.1. Contribución al mejoramiento y adecuación de políticas, planes y programas para la atención de la salud en el curso de vida, centrados en las personas, con énfasis en el ejercicio de derechos</p>	<p>OSN/OE.3 Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida</p> <p>RE 3.1. Disminución embarazo en adolescentes.</p>	<p>Categoría 3. Determinantes de la salud y ciclo de vida en todas sus áreas programáticas.</p> <p>Categoría 4. Sistemas de salud en el área programática de servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad.</p>	<p>ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal.</p> <p>ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos</p> <p>ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos.</p> <p>ODS 1.3. Protección social para todos.</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p> <p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura y capacitación.</p> <p>RE 3.3. Derechos humanos.</p> <p>RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>
<p>3.2. Mejorar las capacidades de prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos de los servicios de salud para garantizar intervenciones oportunas en la atención de las personas a lo largo del curso de vida, con perspectiva de género y generaciones y énfasis en las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.</p>	<p>OSN/OE.3. Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida</p> <p>RE 3.2. Humanización del parto institucional y disminución de cesáreas</p> <p>RE 3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH.</p> <p>RE 3.5. Disminución de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años.</p> <p>RE 3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles.</p> <p>RE 3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad.</p>	<p>Categoría 1. Enfermedades transmisibles</p> <p>Categoría 2. Enfermedades no transmisibles</p> <p>Categoría 3. Determinantes de la salud y ciclo de vida.</p> <p>En todas sus áreas programáticas.</p>	<p>ODS 3.1. Reducir mortalidad materna.</p> <p>ODS 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis</p> <p>ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal.</p> <p>ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos</p> <p>ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos.</p> <p>ODS 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p> <p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación.</p> <p>RE 2.3. Sistema nacional de cuidados.</p> <p>RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>3.3. Fortalecimiento de buenas prácticas, elaboración de programas específicos, protocolos y guías en áreas prioritizadas con alcance a colectivos vulnerables.</p>	<p>OSN/OE.3. Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida</p> <p>RE 3.3. Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH.</p> <p>RE 3.4. Reducción prematura a prevenible.</p> <p>RE 3.5. Disminución de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años.</p>		<p>ODS 3.2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal.</p> <p>ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos</p> <p>ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos.</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social.</p> <p>RE 2.3. Sistema Nacional de Cuidados.</p> <p>RE 3.2. Cooperación Sur-Sur y Triangular.</p>

Referencias:

- Prioridad Estratégica 3: Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida
- OSN/OE: Objetivos Sanitarios Nacionales / Objetivo Estratégico 2020 del MS
- PGT de OPS/OMS: Plan Global de Trabajo de OPS/OMS
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- MECNUD: Marco Estratégico de Cooperación de Naciones Unidas para el Desarrollo
- RE: Resultado esperado, aplica a los OSN 2020 del MS y al MECNUD

TABLA 9. Matriz de vinculación de la **Prioridad Estratégica 4** con los OSN, el PGT de OPS/OMS, los ODS y el MECNUD

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>4.1. Fortalecimiento de la conducción, gobernanza y rectoría intra e intersectorial con participación social orientadas al desarrollo de los Objetivos Sanitarios Nacionales. Apoyo a las políticas, estrategias, planes, capacidad regulatoria —especialmente en lo referido a productos médicos y otras tecnologías— sistemas de información e inteligencia sanitaria para el desarrollo y la sostenibilidad social y financiera del SNIS.</p>	<p>OSN/OE.4. Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud. RE 4.2. Comportamientos Seguros. RE 4.3. Evaluación de la calidad asistencial. RE 4.5. Vigilancia de las IAAS. OSN/OE.5. Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades</p>	<p>Categoría 4. Sistemas de salud, en tres de sus áreas programáticas: Gobernanza y financiamiento; productos médicos y capacidad regulatoria; información y evidencia. Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras, en tres de sus áreas programáticas: liderazgo y gobernanza; transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos; y comunicación estratégica.</p>	<p>ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal. ODS 3.b. Apoyar investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos ODS 3.c. Aumentar la financiación de la salud y la capacitación y retención del personal sanitario. ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos.</p>	<p>RE 2.4. Desarrollo local. RE 3.1. Generación de información; planificación estratégica; diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas.</p>
<p>4.2. Contribución a fortalecer las políticas de organización y gestión de los servicios de salud centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, en base a las FESP; las estrategias y las modalidades de atención con enfoque de APS y RISS.</p>	<p>OSN/OE.4. Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud. RE 4.1. Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. RE 4.4. Impacto de los cuidados de enfermería. RE 4.6. Buenas Prácticas en base al conocimiento sistematizado. OSN/OE.5. Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades</p>	<p>Categoría 4. Sistemas de salud, en el área programática de servicios de salud integrados. Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras, en dos de sus áreas programáticas: planificación estratégica; gestión y administración.</p>	<p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación. RE 3.3. Derechos humanos.</p>	

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>4.3. Fortalecer las capacidades para desarrollar políticas de recursos humanos y financiamiento sostenible y equitativo del sistema de salud de manera que contribuyan con las transformaciones del SNIS en la perspectiva de salud universal.</p>	<p>RE 5.1. Mejora de los vínculos médico-paciente y equipos de salud-usuarios. RE 5.2. Resolutividad del primer nivel de atención.</p>	<p>Categoría 4. Sistemas de salud, en todas sus áreas programáticas Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras, en las áreas programáticas: productos médicos y capacidad regulatoria; recursos humanos; planificación; gestión y comunicación</p>		<p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, alimentación, educación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación</p>

Referencias:

- **Prioridad Estratégica 4:** Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal
- **OSN/OE:** Objetivos Sanitarios Nacionales / Objetivo Estratégico 2020 del MS
- **PGT de OPS/OMS:** Plan Global de Trabajo de OPS/OMS
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- **MECNUD:** Marco Estratégico de Cooperación de Naciones Unidas para el Desarrollo
- **RE:** Resultado esperado, aplica a los OSN 2020 del MS y al MECNUD

TABLA 10. Matriz de vinculación de la **Prioridad Estratégica 5** con los OSN, el PGT de OPS/OMS, los ODS y el MECNUD

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
5.1. Articulación intersectorial e interinstitucional para el desarrollo de estrategias y políticas de salud y sus determinantes sociales —incluyendo situaciones de desastre y emergencias— su gobernanza, financiamiento, información y evaluación a nivel nacional, departamental y local.	OSN/O.E.1. Estilos de vida y entornos saludables y factores de riesgo. RE 1.1. Reducción de fumadores y exposición al humo de tabaco. OSN/OE.2. Morbimortalidad y discapacidad OSN/OE.3. Acceso y la atención de salud en el curso de vida. OSN/OE.4. Calidad y seguridad en atención de salud. RE 4.5. Vigilancia de las IAAS. OSN/O.E.5. Atención centrada en las personas y comunidades. RE 5.1. Mejora de los vínculos médico-paciente y equipos de salud-usuarios. RE 5.2. Resolutividad del primer nivel de atención.	Categoría 5. Preparación, vigilancia y respuesta, en todas sus áreas programáticas. Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras, en las áreas programáticas que refieren a liderazgo y gobernanza; transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos y comunicación estratégica.	ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas. ODS 3.6. Reducir muertes y lesiones por siniestro de tráfico. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal. ODS 3.9. Reducir muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo. ODS 3.a. Control del tabaco. ODS 3.c. Aumentar la financiación de la salud y la capacitación y retención del personal sanitario. ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos. ODS 6.1. Acceso universal y equitativo al agua potable. ODS 6.4. Uso eficiente recursos hídricos. ODS 11.b. Uso eficiente de recursos y mitigación del cambio climático. ODS 13.2. Adoptar medidas relativas al cambio climático	RE 1.3. Mitigación y adaptación al cambio climático y resiliencia ante desastres. RE 2.1. Inclusión social. RE 2.4. Desarrollo local. 1.1.5. Reducir el número de personas y pérdidas económicas afectadas por desastres.

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
5.2. Articulación Estado-sociedad civil para el desarrollo de políticas públicas con perspectiva de derechos que consideren a las poblaciones más necesitadas durante el ciclo de vida y a los colectivos vulnerables atendiendo las desigualdades socioeconómicas, de género y etnia y consolidando mecanismos institucionales de participación y control social.	<p>OSN/OE.1. Estilos de vida y entornos saludables y factores de riesgo.</p> <p>RE 1.2. Alimentación saludable y actividad física.</p> <p>OSN/OE.2. Morbimortalidad y discapacidad</p> <p>RE 2.3. Reducción morbilidad por VIH/sida.</p> <p>RE 2.4. Disminución morbilidad vinculada a la violencia.</p> <p>RE 2.5. Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.</p> <p>RE 2.6. Disminución de la incidencia de suicidios.</p> <p>OSN/OE.3. Acceso y la atención de salud en el curso de vida.</p> <p>RE 3.1. Disminución embarazo en adolescentes.</p> <p>RE 3.3. Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH.</p> <p>RE 3.4. Reducción prematuridad prevenible.</p> <p>RE 3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles.</p> <p>RE 3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad.</p> <p>OSN/OE.4. Calidad y seguridad en atención de salud.</p> <p>OSN/O.E.5. Atención centrada en las personas y comunidades.</p> <p>RE 5.1. Mejora de los vínculos médico-paciente y equipos de salud-usuarios.</p> <p>RE 5.2. Resolutividad del primer nivel de atención.</p> <p>OSN/OE.1. Estilos de vida y entornos saludables y factores de riesgo.</p> <p>RE 1.1. Reducción de fumadores y exposición al humo de tabaco.</p> <p>RE 1.2. Alimentación saludable y actividad física.</p>	<p>Categoría 3.</p> <p>Determinantes y promoción de la salud en todas sus áreas programáticas.</p> <p>Categoría 6.</p> <p>Servicios corporativos y funciones</p> <p>habilitadoras, en las áreas programáticas de transparencia y comunicación estratégica</p>	<p>ODS 3.3. Poner fin a las epidemias del sida, tuberculosis prematura</p> <p>ODS 3.5. Prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas.</p> <p>ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	<p>RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENTI,</p> <p>educación, alimentación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación.</p> <p>RE 2.3. Sistema Nacional de Cuidados.</p> <p>RE 2.4. Desarrollo local.</p> <p>RE 3.1. Generación de información; planificación estratégica; diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas.</p> <p>RE 3.3. Derechos humanos.</p> <p>RE 3.5. Violencia basada en género-generaciones.</p>

Ámbitos de actuación	Prioridades de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud	Efectos previstos en el PGT OPS/OMS	Resultados de los ODS	Resultados del MECNUD
<p>5.3. Desarrollo de planes y programas de capacitación, difusión, comunicación y de educación, promoción y prevención para la respuesta intersectorial a temas de salud que impactan en la salud integral y en el desarrollo.</p>	<p>RE 1.5. Usos problemáticos de alcohol. RE 1.6. Riesgos y daños asociados al uso de cannabis. OSN/OE.2. Morbimortalidad y discapacidad RE 2.3. Reducción morbilidad por VIH/sida. RE 2.4. Disminución morbilidad vinculada a la violencia. RE 2.5. Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial. RE 2.6. Disminución de la incidencia de suicidios. OSN/OE.3. Acceso y la atención de salud en el curso de vida. RE 3.1. Disminución embarazo en adolescentes. RE 3.3. Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH. RE 3.4. Reducción prematuridad prevenible. RE 3.6. Disminución de las discapacidades prevenibles. RE 3.7. Asistencia paliativa continua y de calidad. OSN/OE.4. Calidad y seguridad en atención de salud. OSN/OE.5. Atención centrada en las personas y comunidades. RE 5.1. Mejora de los vínculos médico paciente y equipos de salud usuarios.</p>	<p>Categoría 3. Determinantes sociales de la salud en las áreas programáticas determinantes sociales y salud y medioambiente. Categoría 5. Preparación vigilancia y respuesta en todas sus áreas programáticas Categoría 6. Servicios corporativos y funciones habilitadoras en las áreas programáticas de planificación y comunicación estratégica.</p>	<p>ODS 3.6. Reducir muertes y lesiones por siniestro de tráfico. ODS 3.8. Cobertura sanitaria universal. ODS 3.7. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. ODS 3.9. Reducir muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo. ODS 3.a. Control del tabaco. ODS 3.d. Alerta temprana, reducción de riesgos. ODS 6.4. Uso eficiente recursos hídricos. ODS 13.1. Resiliencia y capacidad de adaptación a los riesgos relacionados al clima y desastres. ODS 13.3. Educación, sensibilización y capacidad humana e institucional de mitigación/adaptación al cambio climático</p>	<p>RE 2.1. Inclusión social. RE 2.2. Primera infancia, adolescencia y juventud salud, incluyendo salud sexual y reproductiva y ENT, educación, alimentación, trabajo y empleo, cultura, y capacitación. RE 3.5. Violencia basada en género y generaciones.</p>

Referencias:

- Prioridad Estratégica 5 : Fomento de la acción intersectorial, movilización y participación social
- OSN/OE:Objetivos Sanitarios Nacionales / Objetivo Estratégico 2020 del MS
- PGT de OPS/OMS: Plan Global de Trabajo de OPS/OMS
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- MECNUD: Marco Estratégico de Cooperación de Naciones Unidas para el Desarrollo
- RE: Resultado esperado, aplica a los OSN 2020 del MS y al MECNUD

A los efectos de facilitar la comprensión de la tabla de armonización, vinculación y validación de los diferentes niveles de planificación presentes en la ECP, se hacen algunas puntualizaciones:

El nivel óptimo de armonización se encuentra en el nivel de planificación de: las Prioridades Estratégicas (ECP/OPS), Objetivos Estratégicos Nacionales (MSP), Programa General de Trabajo (PGT/OPS), ODS y sus metas (globales) y los Efectos o Resultados esperados del MECNUD.

La concordancia entre las Prioridades Estratégicas y los Objetivos Estratégicos responde a la voluntad política del MSP de requerir que la cooperación técnica contribuya directamente a la implementación de planes nacionales para alcanzar los Objetivos Sanitarios, orientados a los ODS. En el anexo 5 se presentan las Prioridades Estratégicas y su vinculación con los OSN 2030 y sus resultados y metas nacionales.

Por otra parte, se abordan los problemas de salud y desarrollo, con énfasis en el trabajo extra sectorial, intersectorial e interinstitucional en el campo de las políticas de salud y políticas de desarrollo del país, en particu-

lar seguridad alimentaria, medioambiente, emergencias y desastres.

De este modo, el vínculo de las Prioridades Estratégicas 1, 2 y 3 con los Objetivos Estratégicos 1, 2 y 3 es altamente coincidente, así como en la Prioridad Estratégica 4 confluyen los objetivos 4 y 5. Hasta aquí se establece una relación muy estrecha con el ODS 3 y sus metas. Mientras que la Prioridad Estratégica 5 aborda los problemas de salud que trascienden las políticas de atención a la salud y por lo tanto también se vinculan a las metas de salud que están fuera del ODS 3, en el marco de la perspectiva de salud en todas las políticas.

Finalmente, los ámbitos de actuación se conceptualizaron y definieron en la intersección de niveles de planificación y de modalidades de cooperación técnica: apoyo al fortalecimiento de los planes, políticas y programas, fortalecimiento de los servicios y prácticas de salud, desarrollo de herramientas de gestión. De este modo, los ámbitos de actuación son distintos y complementarios para el logro de cada prioridad estratégica, al tiempo que permiten identificar bajo qué modalidad de cooperación técnica ha de concretarse la ECP.



CAPÍTULO 4

Ejecución del Programa Estratégico: repercusiones para la Secretaría de la OPS/OMS

En este capítulo se analizan las implicancias que tendrá la ECP 2017-2021 sobre los planes de trabajo bienales (PTB) y respecto del plan de recursos humanos que da soporte a estos. En efecto, el programa estratégico de la ECP se informa y ejecuta a través de los PTB y es preciso que todas las herramientas de programación estén alineadas en forma armónica y coherente.

De dicho análisis se desprende la necesidad de adecuar la dotación y competencias del equipo de trabajo, cubrir las brechas detectadas e identificar socios para satisfacer las prioridades estratégicas. Asimismo es necesario evaluar los recursos disponibles a nivel subregional y regional de la OPS/OMS. En un país categorizado como de *ingresos altos* la viabilidad de la cooperación técnica dependerá de la movilización de recursos y la gestión de proyectos extra presupuestales, que incluye acordar actividades con las áreas técnicas a nivel Regional, con las agencias del SNU, de proyectos entre países e iniciativas de cooperación bilateral y de mecanismos subregionales como el Mercosur.

Asimismo para asumir el incremento y diversificación de las actividades de cooperación técnica es necesario impulsar una cultura gerencial orientada por resultados, la transparencia y agilidad de los procedimientos administrativos internos y el esfuerzo por la sensibilización de las

contrapartes nacionales en lograr sintonía con estas innovaciones gerenciales.

También se deberá jerarquizar la comunicación social que garantice el acceso de los profesionales y la población general, a la información oportuna y de calidad, con la consolidación de la web institucional y la utilización programada de los medios de comunicación y las redes sociales.

Con los OSN 2020 por primera vez, el país logra unificar criterios para la acción con objetivos, actividades y metas específicas, para el sub sector público y privado del SNIS. A partir de prioridades estratégicas de la ECP y en función de los recursos actuales de la Representación de la OPS/OMS en Uruguay es posible poner el foco en las principales necesidades de recursos en algunas categorías y áreas programáticas:

Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Las ENT se han constituido como uno de los principales problemas de salud de los países, el abordaje de la carga de enfermedad y los factores de riesgo será cada vez más prioritario para los gobiernos. En Uruguay desde la Presidencia de la República se verifica una firme voluntad política para abordar el tema tanto a nivel nacional como internacional. En tal sentido, el mantenimiento de logros alcanzados y la intensificación de la cooperación en NMH seguramente se verán reflejados en la cantidad y calidad de los productos y servicios, y en la

adscripción a mayor número de resultados inmediatos (RIM) en los PTB.

La agenda de cooperación técnica se coordina con el MS, Secretaría de Deportes, Comisiones de Salud Cardiovascular y de Lucha contra el Cáncer, academia y organizaciones sociales. La cooperación técnica en el PTB 2015-2016 fueron: tabaquismo, actividad física, alimentación saludable, diabetes, infarto agudo de miocardio, HTA, sobrepeso-obesidad, y cáncer de colon.

Hacia el 2020 se han propuesto una serie de líneas estratégicas, estableciendo resultados esperados y metas a cumplir. Específicamente el tema se vincula a varios Objetivos Estratégicos (OE 1 - Estilos de vida y entornos saludables y OE 2 - Carga prematura y evitable de morbilidad), y con 16 de los 33 resultados esperados para la acción de 40 de 77 áreas de intervención específica. A su vez hay un decimoséptimo resultado esperado, vinculado con discapacidad (perteneciente al OE3 - Mejora del acceso y la atención de salud en el curso de vida).

Sistema de Salud. La prioridad estratégica 4 los OE 4 y 5 están orientados a mejorar la capacidad de respuesta en el acceso y la cobertura y apuntan centralmente a la conducción, gobernanza y rectoría del SNIS. Áreas como financiamiento y seguimiento de las Cuentas Nacionales de Salud, capacidad regulatoria, conformación dentro del MS de un instituto para la regulación medicamentos y otras tecnologías y la contribución técnica para la consolidación de sistemas de información, son parte privilegiada de la agenda de cooperación. Se agregan las actividades para fortalecer la capacidad de gestión, recursos humanos y los aspectos relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

Acceso y atención a la salud en el curso de vida. La prioridad estratégica 3 y los OE 2 y 3 se orientan al cumplimiento del *Plan Global de Salud de la Mujer, Niños, Niñas y Adolescentes 2030* desde las perspectivas de salud pública, derechos, género y generaciones. La salud de la primera infancia, del adolescente y los derechos sexuales y reproductivos y Violencia Basada en Género ocupan un lugar destacado de cooperación vinculados a nivel regional a FGL y al CLAP/SMR.

Enfermedades transmisibles, preparación para la emergencia y aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI/2005). Las prioridades estratégicas 1 y 2 y los ámbitos de actuación 1.1 y 2.1 incluyen una respuesta multisectorial que mejore las condiciones socioeconómicas y ambientales para reducción de riesgos y daños asociados e intervenciones eficaces en la vigilancia de enfermedades transmisibles. En el mismo sentido, se propone fortalecer la gestión técnica y administrativa que favorezca los flujos de programación, adquisición y gestión descentralizada del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para la compra de vacunas a través del Fondo Rotatorio Regional.

Internalización de la ECP en los PTB 2018-2019 y 2020-2021. Teniendo como principio la contribución a la elaboración de políticas y medidas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud mediante la aplicación de los marcos de “la salud en todas las políticas” y de los ODS, la Representación en Uruguay se apresta a la actualización de sus capacidades de cooperación, en conformidad con los lineamientos generales para la cooperación de los próximos cinco años que surgen de la ECP 2017-2021.

En ese sentido, en el PTB para el 2018-2019 y PTB 2020 - 2021 en el Programa y Presupuesto de la OPS, el país ha descripto a 106 de los 163 RIM. En particular en la categoría programática 2, se ha vinculado con 22 de los 23 RIM, reflejando la prioridad en el área propuesta. Por su parte la categoría programática 1 se vincula con 29 de 34 RIM, la categoría programática 3 se vinculado con 17 de 27 RIM, la categorías 4 se vincula con 19 de 22 RIM y la 5 se vincula con 16 de 37 RIM.

Programación presupuestal. A nivel de proyectos, para cumplir con los indicadores de cada RIM, la Representación de la OPS/OMS en Uruguay, ha propuesto una serie de productos y servicios que integrarán su PTB 2018-2019.

Los productos y servicios programados comprenden actividades para los dos años de ejecución. Se presupuestan fondos por

USD 2.518.000, que se distribuyen según la tabla 11.

Plan de Recursos Humanos. La estructura de recursos humanos resulta insuficiente para la intensificación de la cooperación técnica establecida en el diseño de la ECP. Es necesario establecer un nuevo plan de recursos humanos que contemple la naturaleza de la cooperación a desarrollar, así como asegurar el mejor vínculo con las contrapartes.

Se entiende que la mejor forma de asegurar el cumplimiento del plan de trabajo proyectado es a través de contar con dos profesionales nacionales (NO) de NMH, HSS y dos profesionales nacionales NPC para CHA y FGL, apoyados por recursos calificados de secretaría, comunicación y consultores nacionales contratados (*short-term* por productos), de acuerdo con la tabla 12:

Tabla 11. Presupuesto programático de la Representación de OPS/OMS en Uruguay. Bienio 2018-2019

Categoría programática	Presupuesto proyectado	Proporción
CHA	\$260.000	10,33%
NMH	\$313.000	12,43%
FGL	\$92.000	3,65%
HSS	\$351.000	13,94%
PHE	\$181.000	7,19%
EF	\$1.321.000	52,46%
Total	\$2.518.000	100,00%

Tabla 12. Dotación de personal y competencias requeridas para el desarrollo de la ECP 2017-2021. Representación de OPS/OMS en Uruguay

Cargo	Horas/semana	Tipo de RR.HH.	Áreas	Competencias requeridas
Representante	40	P5-P6	PWR	Diplomacia en Salud/Gestión de Programas/ Representación
Profesional nacional	40	NO-A	HSS	Diplomacia en Salud/Gestión de Programas/ Competencia específica HSS
Profesional nacional	40	NO-A	NMH	Diplomacia en Salud/Gestión de Programas/ Competencia específica NMH
Profesional nacional	40	NPC-C	CHA	Diplomacia en Salud/Gestión de Programas / Competencias específicas
Profesional nacional	40	NPC-C	FGL	Diplomacia en Salud/Gestión de Programas / Competencias específicas
Profesional nacional	40	NPC-C	PBU / PHE	Gestión de Programas /Competencias específicas
Consultores	-	STC	Variable	Competencias específicas
Administrador	40	Staff	Administración GSO	Administración
Secretaría ejecutiva	40	Staff	PWR-URY/HRM	Secretariado Ejecutivo
Secretaría 1	40	Personal de gobierno		Secretariado
Secretaría 2	40	Personal de gobierno		Secretariado
Secretaría 3	40	Personal de gobierno		Secretariado
Oficial de finanzas y compras	40	CLT	FRM	Administración
Oficial de compras	40	Personal de gobierno	PRO	Administración
Oficial IT	40	CLT	ITS	Competencias IT
Oficial de comunicación	40	CLT	KMC	Competencias comunicación
Chofer 1	40	Personal de gobierno	-	Seguridad y Protocolo
Chofer 2	40	Personal de gobierno	-	Seguridad y Protocolo
Recepcionista	40	Personal de gobierno	-	Seguridad y Protocolo
Administrador PALTEX	40	CLT	PALTEX/FR/FE	Competencias específicas





CAPÍTULO 5



CAPÍTULO 5

Supervisión y evaluación de la ECP, 2017-2021

5.1. Participación en el seguimiento y evaluación

La evaluación de la ECP es una herramienta fundamental para valorar el desempeño e impacto de la cooperación de la OPS/OMS al país. Por esta razón, la Representación en Uruguay con el apoyo de la oficina Regional y en coordinación permanente con el MS efectuara el monitoreo y seguimiento, las evaluaciones de mitad de ciclo y final de las actividades de cooperación técnica implementadas en el marco de dicha estrategia. En este proceso de evaluación se pueden distinguir dos componentes:

1. El monitoreo y seguimiento de proyectos, productos y servicios ejecutados y su consistencia con las prioridades estratégicas establecidas.
2. Las **evaluaciones periódicas** del nivel de implementación y los logros alcanzados por la cooperación en el marco la planificación estratégica definida.

A tales efectos se creará un Grupo de Trabajo, que a partir de los documentos de referencia, intercambiará con los actores involucrados en la implementación de la estrategia. Este equipo estará liderado por el representante, coordinado por el oficial a cargo de PBU y de PMN e integrado por los Oficiales Nacionales y el Administrador de la Representación. Las recomendaciones extraídas de las evaluaciones periódicas se

compartirán con los actores institucionales involucrados en las actividades y se consolidarán con la autoridad sanitaria.

5.2. Calendario

El monitoreo y seguimiento de la ECP se hará a lo largo de todo su proceso de implementación. Se intentará armonizar la evaluación a mitad de ciclo y la evaluación final con otras instancias de evaluación previstas a nivel nacional de acuerdo con la tabla 13.

Fecha	Proceso	Responsable
11/2019	MECNUD	SNU
11/2019	OSN/OE	MS
11/2019	ODS	OPP/Presidencia de la República
11/2019	Cambio de administración de gobierno	OPP/Presidencia de la República

A su vez, el marco de instrumentación de la ECP lo constituirán los PTB 18-19 y 20-21, cada uno de los cuales con evaluaciones de desempeño y ejecución propia, semestral y final. La evaluación de la ECP debería ser claramente una prolongación de las evaluaciones de estos planes bianuales de trabajo, por lo que resulta coherente vincularla a estos.

En atención a todo ello, la ECP 2017-2021 tendrá un calendario para sus evaluaciones periódicas que se armonizaran con las previstas a nivel nacional, de manera de darles

continuidad y coherencia, de conformidad con la tabla 14.

Fecha	Proceso	Responsable
12/2019	Evaluación de mitad de ciclo ECP	Equipo de ECP/OPS
12/2021	Evaluación final	Equipo ECP/OPS, MS, otros actores

5.3. Metodología de evaluación

Como se dijo anteriormente, el proceso de evaluación es responsabilidad de la Representación de la OPS/OMS en Uruguay la que también decide que la evaluación final se lleve a cabo mediante evaluación externa que cuente con la colaboración con el equipo designado.

5.3.1. Seguimiento periódico

El seguimiento periódico tiene como objetivo comprobar en forma sistemática: 1) si las prioridades y los ámbitos de actuación estratégica se reflejan en el PTB y el modo en que se aplican las prioridades y las estrategias; y 2) si los recursos disponibles son los adecuados para obtener resultados previstos para los distintos ámbitos de actuación.

Conceptualmente, el seguimiento periódico es un sistema de alerta temprana que permite advertir sobre la necesidad de reorientar los planes de trabajo bianuales y ajustar, en la medida de lo posible, los recursos presupuestales y la dotación de personal de la oficina del país u obtener asistencia técnica complementaria mediante diversas modalidades de consultoría o a través de la oficina Regional. Cabe destacar que el seguimiento es tanto programático como presupuestal.

5.3.2. Evaluación de mitad de ciclo

El marco para la evaluación de mitad de ciclo comprenderá la valoración de:

- progresos alcanzados en los ámbitos de actuación estratégicos, considerando si se avanza como estaba previsto hacia los logros necesarios para cumplir las prioridades;
- la identificación y caracterización de barreras ciertas y riesgos contingentes que pudieran justificar cambios en las prioridades y los ámbitos de actuación;
- la definición de las medidas necesarias para mitigar los riesgos identificados y potenciar los avances conseguidos en la primera mitad del ciclo de la CCS.

Conceptualmente, la evaluación de mitad de ciclo es un instrumento de gestión del riesgo que permitirá a la Representación centrarse en los ámbitos de actuación que requieran especial atención, en la aplicación de medidas correctivas (incluida las orientaciones revisadas para la elaboración del presupuesto por programas y la asignación de recursos a nivel nacional), o la revisión de las prioridades estratégicas a las que contribuyen.

Una situación de emergencia importante o un cambio sustancial en el contexto de un país puede requerir que se examine, se revise y se renueve la ECP. Como resultado de la evaluación de mitad de ciclo, podrán obtenerse acuerdos con las contrapartes sobre los eventuales ajustes a realizar a la ECP, los que podrán ser incorporados como adendas o enmiendas a la nota estratégica de la ECP 2017-2021.



ANEXO 1

Nómina de participantes e instituciones

Participante	Cargo/Institución
Soledad Acuña	Directora de Comunicaciones, Ministerio de Salud
Rafael Aguirre	Responsable del Área Programática Salud de la Mujer; responsable OSN 2020 (3.2), Ministerio de Salud
Manual Albaladejo	Representante y director de la Oficina Regional ONUDI en Uruguay
Luis Albernaz	Instituto Interamericano del Niño (IIN)
Lucía Alonso	Adjunta a la Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud
Ana Álvarez Requejo	Responsable del Área Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
Verónica Amarante	Oficial a cargo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Uruguay
Álvaro Arroyo	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Uruguay
Marcelo Barbato	Responsable OSN 2020 (4.1 - 4.2 - 4.3)
Gerardo Barrios	Presidente de UNASEV; Responsable OSN 2020 (2.5)
Jorge Basso	Ministro de Salud Pública
María Noel Bataglino	Director departamental San José, Ministerio de Salud
Carlos Benavidez	Director departamental de Tacuarembó, Ministerio de Salud
Wilson Benia	Adjunto a la Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud
Alejandra Bentancur	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
Analice Berón	Directora de la División Salud, Intendencia de Montevideo
Griselda Bittar	Consultora de OPS/OMS Uruguay
María Bortagaray	Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU)
Susana Bouyssounade	Director departamental de Treinta y Tres, Ministerio de Salud
Isabel Bove	Adjunta al ministro de Salud Pública; responsable OSN 2020 (1.4), Ministerio de Salud
Adriana Brescia	Directora general de Coordinación, Ministerio de Salud
Lidia Brito	Directora de la Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe
Susana Cabrera	Responsable del Área Programática VIH/sida; Responsable OSN 2020 (2.3-3.3), Ministerio de Salud
Juan José Calvo	Representante auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Población UNFPA

Participante	Cargo/Institución
Denise Cook	Coordinadora residente de las Naciones Unidas; representante residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)
Juan Cristina	Decano de la Facultad de Ciencias (UdelaR)
Alejandro Croci	Director departamental de Soriano, Ministerio de Salud
Nora D´Oliveira	Asesora de Subsecretaría, Ministerio de Salud
José Dallo	Jefe oficial subregional del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) para el Cono Sur
Clelia de la Fuente	Asesora de Cooperación de la Delegación de la Unión Europea en Uruguay
Enrique Deibe	Director del Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (OIT/CINTERFOR)
Lucía Delgado	Responsable del Programa Nacional de Control de Cáncer; responsable OSN 2020 (2.1.1), Ministerio de Salud
Luis Delgado	Director departamental de Florida, Ministerio de Salud
Araceli Delgado	Directora de Salubridad de la Intendencia de Canelones en representación del Congreso de Intendentes
Luis Díaz	Director de la Unidad de Aseguramiento Calidad Agua, Obras Sanitarias del Estado (OSE)
Denisse Dogmanas	Responsable OSN 2020 (2.2), Ministerio de Salud
Ricardo Domínguez	Representante de la Organización de Estados Americanos (OEA) en Uruguay
Arturo Echevarría	Presidente de la Junta Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Giovanni Escalante	Representante de OPS/OMS en Uruguay
Magdalena Espillar	Director departamental de Flores, Ministerio de Salud
Federico Fernández	Asesor técnico de la Dirección General Servicios Ganaderos, Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Graciela Fernández	Coordinadora del Área Regulación y Control, Ministerio de Salud
Miguel Fernández Galeano	Consultor de OPS/OMS Uruguay; coordinador del Grupo de Conducción Interno de la ECP
Ciro Ferreira	Presidente de la Comisión Nacional de Zoonosis
Magdalena Furtado	Asesora técnica de ONU Mujeres
Lourdes Galván	Asesora del ministro de Salud Pública
Ana Gatti	Asesora de la Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud
Andrés Gil	Asistente académico, Facultad de Veterinaria (UdelaR)
Félix González	Adjunto a la Dirección General de Coordinación, Ministerio de Salud
Cristina González	Director departamental de Salto, Ministerio de Salud
Rocío González	Responsable OSN 2020 (4.4), Ministerio de Salud
Aida Gonzalez	Director departamental de Rivera, Ministerio de Salud

Participante	Cargo/Institución
Juan Gorosterrazu	Director departamental de Paysandú, Ministerio de Salud
Alba Goycochea	Encargada de misión de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
Silvia Graña	Responsable del Área Programática Salud de Adolescencia y Juventud; responsable OSN 2020 (3.1 - 4.6), Ministerio de Salud
Rodrigo Hierro	Obras Sanitarias del Estado (OSE)
Lucía Hornes	Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI)
Gonzalo Kmaid	Especialista de Coordinación, Oficina de la Coordinadora Residente (OCR)
Juan Lacuague	Responsable del Área Programática Discapacidad y Rehabilitación; responsable OSN 2020 (3.6), Ministerio de Salud
Agustín Lapetina	Responsable OSN 2020 (1.6), Ministerio de Salud
Ima León	Directora Sistema de Información, Ministerio de Salud
Alejandra Lozano	Encargada de Comunicaciones, Dirección General Servicios Ganaderos, Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
Cristina Lustemberg	Subsecretaria de Salud Pública, Ministerio de Salud
Ana María Maquieira	Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU)
Diana Míguez	Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU)
Ariel Montalbán	Responsable programática de Salud Mental, Ministerio de Salud
Ximena Moratorio	Responsable del Área Programática Nutrición; Responsable OSN 2020 (1.2), Ministerio de Salud
Mauricio Moreno	Director departamental de Rocha, Ministerio de Salud
Jorge Mota	Director departamental de Colonia, Ministerio de Salud
Alejandro Nario	Director nacional de Agua, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
Diego Olivera	Secretario general de la Secretaría Nacional de Drogas
Ida Oreggioni	Gerente de Economía de la Salud, Ministerio de Salud
Mónica Otormin	Director departamental de Maldonado, Ministerio de Salud
Miguel Paradedda	Director departamental de Lavalleja, Ministerio de Salud
Malena Pérez	Consultora OPS/OMS Uruguay
Mercedes Pérez	Decana de la Facultad de Enfermería UdelaR
Ana Pérez	Directora de la División Evaluación Sanitaria, Ministerio de Salud
Irene Petit	Responsable del Área Programática Violencia Basada en Género; responsable OSN 2020 (2.4), Ministerio de Salud
José Piaggio Mazzara	Decano de la Facultad de Veterinaria (UdelaR)
Teresa Picón	Directora del Programa Nacional de Inmunizaciones
Gabriela Píriz	Responsable OSN 2020 (3.7), Ministerio de Salud

Participante	Cargo/Institución
Alicia Pla	Directora de la División Sustancias Controladas; responsable OSN 2020 (1.7), Ministerio de Salud
Carlos Pose	Director departamental de Canelones, Ministerio de Salud
Gabriela Pradere	Directora de DEMPESA, Ministerio de Salud
Jorge Quian	Director general de Salud, DIGESA, Ministerio de Salud
Gabriel Rehermann	Director departamental de Montevideo, Ministerio de Salud
Gilberto Ríos	Director de Cooperación Internacional
María José Rodríguez	Responsable del Área Programática Enfermedades No Transmisibles; responsable OSN 2020 (2.1.2 - 2.1.3. -2.1.4 -2.1.5), Ministerio de Salud
Ricardo Rodríguez Buño	Consultor de OPS/OMS Uruguay
Claudia Romero	Responsable del Área Programática Salud de la Niñez; responsable OSN 2020 (1.3 - 2.2 - 3.5), Ministerio de Salud
Daniela Romero	Oficial de operaciones del área de Salud y Nutrición del Banco Mundial
Raquel Rosa	Subdirectora general de la Salud, Ministerio de Salud
Gabriel Rossi	Responsable OSN 2020 (1.5), Ministerio de Salud
Humberto Ruocco	Director general de Secretaría, Ministerio de Salud
Roberto Salvatella	Consultor de OPS/OMS Uruguay
Italo Savio	Responsable del Área Programática Salud del Adulto Mayor; responsable OSN 2020 (3.6)
Marlene Sica	Asesora del ministro de Salud Pública
Laura Sola	Directora de la División Epidemiología, Ministerio de Salud
Enrique Soto	Responsable del Área Programática Control de Tabaco; responsable OSN 2020 (1.1), Ministerio de Salud
Emilio Toma	Director departamental de Artigas, Ministerio de Salud
Ana Tomasso	Director departamental de Durazno, Ministerio de Salud
Fernando Tomasina	Decano de la Facultad de Medicina UdelaR
Fernando Traversa	Director nacional del Sistema Nacional de Emergencia (SINAE)
Gerardo Valiero	Director departamental de Río Negro, Ministerio de Salud
Paula Veronelli	Gerente de la Unidad de Políticas y Programas PNUD
Jahel Vidal	Asesora del ministro de Salud Pública
Lucía Vignolo	Directora ejecutiva de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI)
Ana Visconti	Responsable del Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva; responsable OSN 2020 (3.4), Ministerio de Salud
Héctor Yon	Director departamental de Cerro Largo, Ministerio de Salud

ANEXO 2

Grupo de Conducción Interno de la Representación de OPS/OMS en Uruguay

Grupo de Conducción Interno de la Representación de OPS/OMS en Uruguay	
Giovanni Escalante	Representante de OPS/OMS en Uruguay
Miguel Fernández Galeano (coordinador)	Oficial nacional HSS/FGL
Roberto Salvatella	Consultor regional
Ricardo Rodríguez Buño	Profesional nacional NMH
Griselda Bittar	Profesional nacional
Susana Ascárate	Asistente administrativa
Analía Oxandabarat	Asistente en comunicación
Malena Pérez	Relatoría

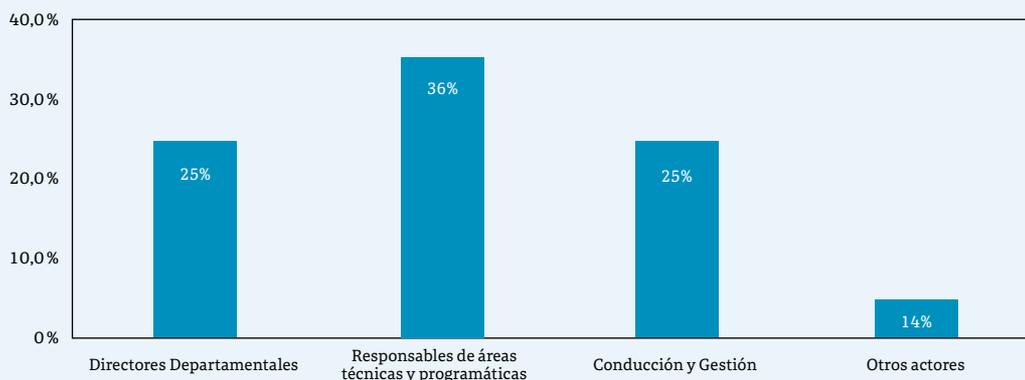
ANEXO 3

Formulario y principales resultados de la Encuesta sobre Acciones Claves de Cooperación (On line)

Con el aporte de 60 profesionales que respondieron la Encuesta sobre Acciones Claves se recogieron 885 propuestas de cooperación técnica orientadas a contribuir al logro de cada una de las cinco Prioridades Estratégicas alineadas con los OSN/OE 2020 definidos por el MS.

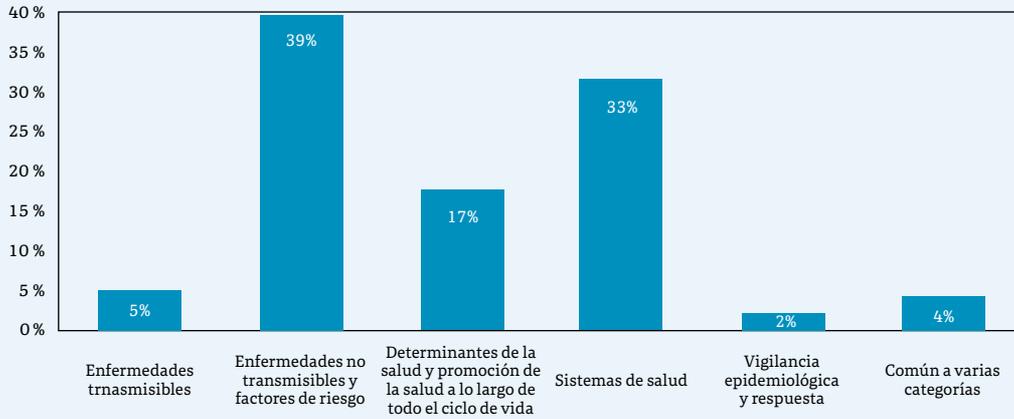
En lo referido al **perfil de los encuestados** los responsables de áreas programáticas y puntos focales de Objetivos Estratégicos representaron un 36%, los cargos de conducción y gestión un 25%, los directores departamentales otro 25% y finalmente un 14% provenían de instituciones de salud y desarrollo asociadas con el MS y la OPS/OMS.

Gráfico A3.1. Perfil de los encuestados



La mayoría de las acciones claves seleccionadas pertenecían a la categoría de Enfermedades Crónicas no transmisibles y factores de riesgo (39%), seguida de Sistemas de Salud (33%), determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida (17%) y enfermedades transmisibles y vigilancia y respuesta solo ocuparon un 5% y un 3% respectivamente. Con el aporte de 60 profesionales que respondieron la Encuesta sobre acciones claves se recogieron 885 propuestas de cooperación técnica orientadas a contribuir al logro de cada una de las cinco Prioridades Estratégicas alineadas con los OSN/OE 2020 definidos por Ministerio de Salud.

Gráfico A3.2. Acciones claves por categoría programática del PGT/OPS

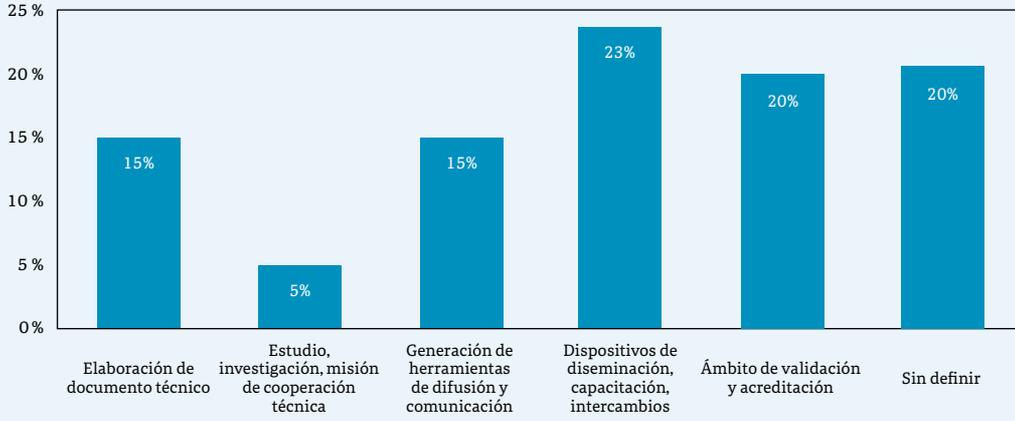


En lo referido a **nivel de planificación**, las acciones claves seleccionadas en las cinco prioridades estratégicas están representadas en un 41% a nivel de tarea y un 39% como productos y/o servicios.

Gráfico A3.3. Nivel de planificación de las acciones claves



En cuanto a las modalidades de cooperación técnica, los dispositivos de diseminación, capacitación, intercambios representan un 23%, las actividades de validación y acreditación un 20%, la generación de herramientas de difusión y comunicación un 15%, los documentos técnicos un 15% y finalmente las investigaciones y estudios un 5%.

Gráfico A3.4. Modalidades de cooperación técnica

Formulario de la encuesta

Estrategia de Cooperación País 2017-2020

OPS, Estrategia de Cooperación País 2017-2020

Editar

Encuesta: acciones claves priorizadas

Cada participante seleccionará **como mínimo tres acciones claves** que considera que la OPS desde su cooperación técnica está en las mejores condiciones de aportar y contribuir al logro de cada una de las cinco Prioridades Estratégicas establecidas.

Se entiende por **acciones claves** aquellos cursos de acción con alcances, contenidos y objetivos definidos tendientes al logro de resultados tangibles y relevantes, que integran y articulan diferentes modalidades de cooperación técnicas (elaboración de documentos, generación de herramientas de difusión, jornadas de capacitación y diseminación, ciclos de intercambios, ámbitos de validación y acreditación, etc.).

Conocer los **alcances, contenidos, objetivos y las modalidades de cooperación técnica** que describen las acciones claves seleccionadas tiene como propósito avanzar en la definición de los ámbitos de actuación para cada prioridad estratégica.

Con esta consulta **no se pretende alcanzar un listado definitivo de productos, servicios, actividades y tareas**. El programa consolidado de cooperación será parte de acuerdos entre las autoridades sanitarias nacionales y la OPS en Uruguay como culminación de este proceso de consulta.

Plazo para completar la consulta: viernes 7 de abril a las 17:00 horas.

Formulario de la Encuesta (continuación)

*1. Prioridad estratégica 1.

Contribuir a fomentar estilos de vida y entornos saludables
con reducción de los factores de riesgo

Acción clave 1:

Acción clave 2:

Acción clave 3:

*2. Prioridad estratégica 2.

Aportar a la disminución de la carga prematura
y evitable de morbilidad y discapacidad

Acción clave 1:

Acción clave 2:

Acción clave 3:

***3. Prioridad estratégica 3.**

Contribuir a mejorar el acceso y la atención a la salud en el curso de vida

Acción clave 1:

Acción clave 2:

Acción clave 3:

***4. Prioridad estratégica 4.**

Contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y sostenibilidad para la salud universal

Acción clave 1:

Acción clave 2:

Acción clave 3:

***5. Prioridad estratégica 5.**

Fomento de la acción intersectorial y movilización y participación social

Acción clave 1:

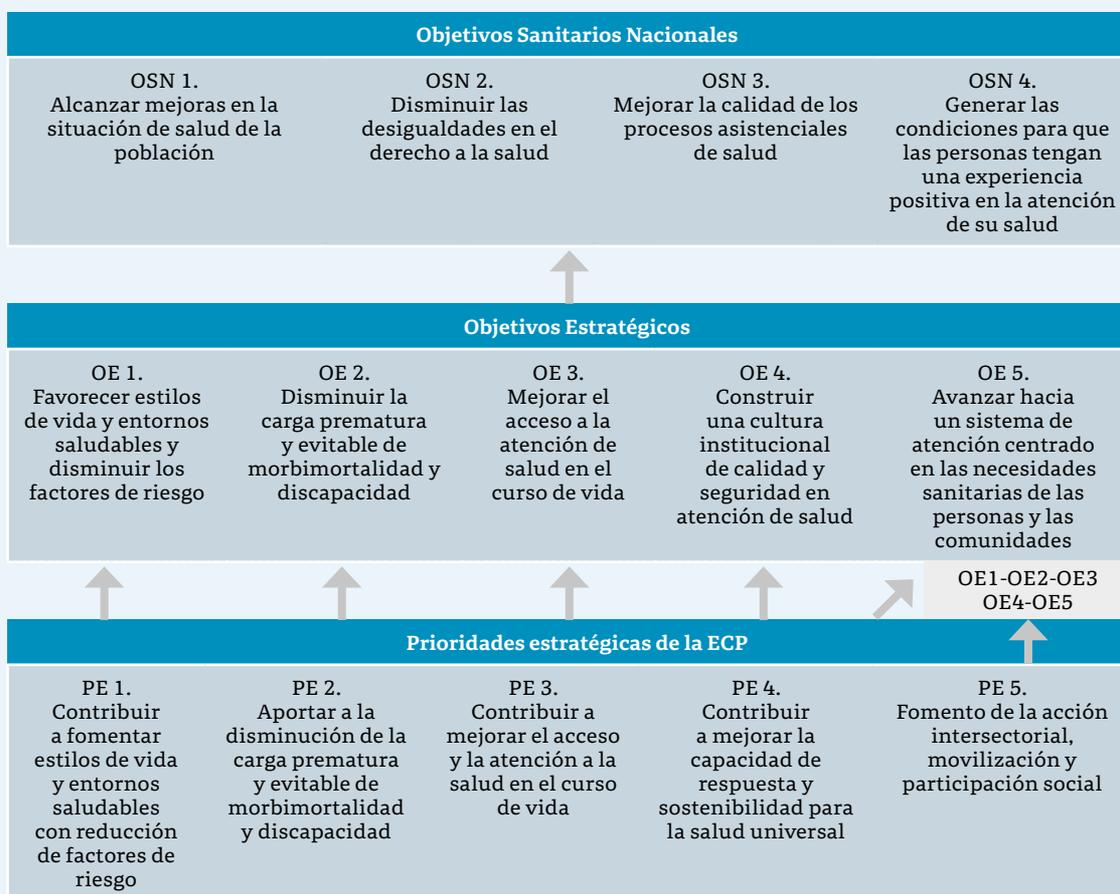
Acción clave 2:

Acción clave 3:

ANEXO 4

Vinculación de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 con las Prioridades Estratégicas de la ECP 2017-2021

Tabla A4.1. Matriz integradora de Objetivos Sanitarios Nacionales, Objetivos Estratégicos (OSN/OE) y Prioridades Estratégicas de la ECP



Tablas A4.2 a A5.6. Objetivos Estratégicos (OE), Resultados Esperados y Metas Sanitarias 2020. MS

Tabla A4.2. OE1. Favorecer estilos de vida y entornos saludables.
Disminuir los factores de riesgo

Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
Reducción del porcentaje de fumadores actuales y la exposición al humo de tabaco ambiental.	Disminuir al menos un 20% los fumadores actuales en la población de 15 años y más. Aumentar el número de instituciones con cumplimiento de la normativa vinculada a espacios libres de humo.	22,2% (ECH-INE, 2014) 90,9% (Programa Control Tabaco, MS, 2014)
Extensión de las prácticas de alimentación saludable y actividad física.	Ejecutar Plan Intersectorial de Alimentación Saludable y Actividad Física.	En proceso.
Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.	Disminuir la anemia moderada a 5% de niños de 6 a 23 meses. Disminuir el retraso de crecimiento a 3% de niños de 2 a 4 años.	8,1% (Encuesta MS-MIDES-RUANDI-UNICEF, 2011) 4,4% (ENDIS, 2015)
Disminución del sobrepeso y la obesidad en la población.	Detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del curso de vida.	<2 a.: 9,6% 2-4 a.: 11,3% (ENDIS, 2015) 13-15 a.: 27,2% (EMSE, 2012) 15-64 a.: 58,5% (ENFRENT, 2013)
Reducción de la prevalencia de los usos problemáticos de alcohol en la población.	Avanzar en los procesos de mejora en la regulación del consumo de alcohol, en el marco de la comisión creada en la Presidencia de la República.	En proceso.
Reducción de la prevalencia de riesgos y daños asociados al uso de cannabis en la población adolescente, joven y adulta.	Aumentar la percepción de riesgo sobre consumo de cannabis.	16,6% (Encuesta Estudiantes, JND, 2011)
Prescripción racional de estupefacientes y psicofármacos por parte de los profesionales de la salud y uso adecuado por parte de los usuarios.	Implementar un proceso normativo tendiente a aumentar el uso racional de psicofármacos.	En proceso.

Tabla A4.3. OE2. Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad

Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
2.1. Reducción de la carga de morbilidad de las ENT prevalentes.		
Reducción de la mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras	Reducir las muertes por cáncer en menores de 70 años en un 4%.	122,54/100.000 hab. (Quinquenio 2009-2013, CHLCC)
Disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial.	Aumentar la captación precoz de hipertensos. Disminuir la proporción de egresos hospitalarios por complicaciones de la hipertensión arterial.	39,3% (% hipertensos 15-64 a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT, 2013) Egresos por complicaciones de HTA 347,89/100.000 hab.
Reducción de la mortalidad precoz por enfermedades cardiovasculares	Disminuir la mortalidad proporcional por cardiopatía isquémica entre los 30 a 69 años. Disminuir la mortalidad proporcional por ACV entre los 30 a 69 años	6,93% (EV, MS, 2014) 5,04% (EV, MS, 2014)
Disminuir las complicaciones crónicas de la diabetes	Aumentar la captación precoz de diabéticos. Disminuir las complicaciones vasculares y/o neurológicas de la diabetes	49,8% (% diabéticos 15-64 a. diagnosticados y/o tratados) (ENFRENT 2013) Egresos por complicaciones crónicas de diabetes: 26,93/100.000 hab.
Disminución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Implementar un Plan Integral de Atención al EPOC	Pautas de tratamiento circunscriptas al ámbito académico.
Disminución de la mortalidad y morbilidad infantil neonatal enfatizando las causas vinculadas a la prematuridad.	Consolidar una tendencia decreciente de la mortalidad infantil neonatal.	Quinquenio 2010-2014 5,12/1.000 NV (EV, MS, 2014)
Reducción de la morbilidad por VIH/sida.	Reducir un 30% la tasa de mortalidad por sida. Disminuir un 15% la incidencia de VIH. Aumentar a 90% la tasa de personas con VIH diagnosticadas Aumentar la cobertura de TARV en personas con VIH	5,3/100.000 hab. (EV, MS, 2014) 987 casos/año (DEVISA, MS, 2014) 70-75% (Spectrum, ONUSIDA, 2014) 40% (Spectrum, ONUSIDA, 2014)
Disminución de la morbilidad vinculada a la Violencia basada en Género y Generaciones.	Ejecutar el Plan de Acción 2016-2019 por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional.	Plan de acción aprobado en inicios de ejecución.
Reducción de las muertes y lesiones por siniestralidad vial.	Disminuir un 30% la mortalidad por siniestralidad vial. Implementar a través del SINATRAN un Registro Nacional de Lesionados a partir de la atención prehospitalaria.	15,6/100.000 hab. (SINATRAN, 2014)
Disminución de la incidencia de suicidios	Implementar un plan de prevención de suicidios	17,4/100.000 hab. (EV, MS, 2014)

Tabla A4.4. OE3. Mejorar el acceso a la atención de salud en el curso de vida

Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
Disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes y acompañamiento adecuado de la maternidad-paternidad en adolescentes.	Disminuir la TFE a 48,0/1.000 mujeres de 15 a 19 años. Disminuir a 22% la reiteración del embarazo en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años.	58,2/1.000 mujeres 15-19 años (EV, MS, 2013) 26,7% (EV, SIP, MS, 2014)
Humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas.	Reducir un 10% las cesáreas evitables. Aumentar un 20% las mujeres nulíparas que recibieron preparación para el parto.	Tasa de cesáreas: 44,3% Tasa de cesáreas evitables: 17,9% (EV, SIP, MS, 2014) 55% (SIP, MS, 2014)
Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH	Reducir la tasa de incidencia de SC a menos de 0,5/1.000 nacimientos. Mantener la tasa de transmisión vertical de VIH en menos de 2%.	2,3/1.000 NV (Auditoría SC, Áreas ITS-VIH/sida y SSR, 2014) 2,9% (SIP, Áreas ITS-VIH/sida y SSR, 2014)
Reducción de la prematuridad de las expensas del componente prevenible.	Implementar un sistema de auditoría del 100% de los nacimientos prematuros.	En proceso.
Disminución de la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, y atenuación de la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario.	Disponer de una línea de base sobre la frecuencia de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años. Implementar un Plan de acción para la disminución de las alteraciones del desarrollo.	En proceso.
Disminución de las discapacidades prevenibles y mayor acceso de las personas con discapacidad a los servicios y programas de salud con énfasis en los adultos mayores vulnerables.	Diseñar y ejecutar un Plan de accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud. Diseñar y ejecutar un Plan de prevención de la discapacidad. Implementar un <i>protocolo de acción para mejorar la accesibilidad</i> de personas con obesidad mórbida, en los prestadores del SNIS	En proceso.
Asistencia paliativa continua y de calidad, asegurada a todos los pacientes que deban recibirla y a sus familiares, en todas las etapas de la vida y en todo el territorio nacional.	Alcanzar el 40% de cobertura de la población blanco como promedio a nivel de país.	25% (Área Cuidados Paliativos, MS, 2014)

Tabla A4.5. OE4. Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud

Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: mejores cuidados del equipo de salud, control de las IAAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas	Alcanzar el 95% de las instituciones con internación, con COSEPAS y CIIH funcionando según protocolo.	CIIH: 69% COSEPA: 77%
Implementación de la política nacional de comportamientos seguros.	Lograr el 80% de las instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento implementado.	15% (DECASEPA, MS, 2014)
Implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permita una mejora continua	Alcanzar el 80% de las instituciones con autoevaluación realizada.	66% (DECASEPA, MS, 2014)
Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso	Obtener la línea de base de UPP, y descender el porcentaje de UPP en el SNIS. Implementar el reporte de caídas con daño en internación, y descender el índice de caídas con daño en internación, en el SNIS.	En proceso.
Vigilancia de las IAAS con datos auditados	Implementar la auditoría del 100% de las bacteriemias reportadas.	En proceso.
Incorporación de buenas prácticas en base al conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención.	Alcanzar 60% de los prestadores integrales del SNIS acreditados y/o re acreditados en buenas prácticas.	En construcción

Tabla A4.6. OE 5. Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades

Resultados esperados	Meta 2020	Línea de base (fuente de datos)
Mejora de los vínculos médico-paciente y equipos de salud-usuarios.	Incorporar los temas de buenas prácticas y uso racional de los recursos en salud como elemento de calidad, en la agenda de los ámbitos de participación social.	En proceso.
Fortalecimiento y resolutiveidad del primer nivel de atención potenciando el rol del médico tratante o de referencia junto al equipo de salud del primer nivel.	Inclusión de indicadores en el componente variable de los contratos de gestión con las instituciones del SNIS.	En proceso.

Fuente: Ministerio de Salud, *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Disponible en: <www.msp.gub.uy>.

Referencias bibliográficas

1. *Ley 18567. Descentralización Política y Participación Ciudadana*, 2009. Disponible en URL: en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18567-2009/6>.
2. Banco Central del Uruguay (BCE). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.bcu.gub.uy%2FEstadisticas-e-Indicadores%2FCuentas%2520Nacionales%2Fcuadro_17a.xls.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Índice de Precios del Consumo (IPC), <http://www.ine.gub.uy/indicadores?indicadorCategoryId=11421>.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Estimación de la pobreza por el método de ingreso, abril 2017*. Disponible en URL: en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/364159/Estimaci%C3%B3n+de+la+pobreza+por+el+M%C3%A9todo+del+Ingreso+2016/4b1eabd2-ac77-48ac-95c2-fc5b92f3ade8>.
5. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. *Observatorio Territorio Uruguay*. Disponible en URL: http://www.otu.opp.gub.uy/?q=listados/listados_datos_formato&id=1293&deptos=1®iones=&municipios=&loc=&fecha=.
6. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. *Reporte Uruguay 2015*. Disponible en URL: http://www.opp.gub.uy/images/ReporteUruguay2015_OPP_web.pdf.
7. Instituto Nacional de Estadística. *Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad*. Disponible en URL: en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690>.
8. World Health Organization. *UN-water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report: investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities*. Geneva: WHO, 2014. Disponible en URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/glaas_report_2014/en/.
9. Dirección Nacional de Medio Ambiente. *Informe del estado del ambiente de Uruguay 2013*. Montevideo: MVOTMA, 2013. Disponible en URL: en: <http://www.mvotma.gub.uy/ciudadania/item/10006608-informe-del-estado-del-ambiente-2013.html>.
10. Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. *Intoxicaciones: casuística del CIAT*. Montevideo: Universidad de la República, 2014.
11. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe Uruguay. Diagnóstico del estado de la reducción del riesgo de desastres*. Montevideo: PNUD, 2011. Disponible en URL: en: <http://www.eird.org/publicaciones/informe-uruguay.pdf>.
12. Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Benia, W., Anzalone, P., Harispe, E. (coords). *Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio*. Montevideo: OPS, 2016. Disponible en URL: en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=520-libro-perfil-del-sistema-de-salud-2015&Itemid=307.

13. Ministerio de Salud. *Estadísticas vitales. Natalidad 2011-2015*. Disponible en URL: <http://estadisticas.msp.gub.uy/index.php/catalog/20/datafile/F9>.
14. Ministerio de Salud. *Boletín Epidemiológico N° 2*, noviembre 2016. Disponible en URL: en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Bolet%C3%ADn%20Noviembre%20revisado%2018%20de%20noviembre%20rr%20para%20publicar.pdf.
15. Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Vacunaciones*. Disponible en URL: en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/programa-nacional-de-vacunaciones>.
16. Salud Pública Veterinaria. PANAFTOSA/OPS/OMS. *Informe epidemiológico en la región de América del Sur 2009-2014*. Disponible en URL: en: http://www.who.int/echinococcosis/resources/Inf_Epidem_Equinococosis-2009-2014.pdf?ua=1.
17. Ministerio de Salud. *Informe de la situación Nacional del VIH 2016*. Disponible en URL: en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2016/noticias/NO_U311/Informe.pdf.
18. Ministerio de Salud. *Día Mundial del VIH/sida 2016*. Disponible en URL: en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DIA_VIH_2016%20_1_.pdf.
19. Ministerio del Interior. Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad. *Denuncias de violencia doméstica. Enero-octubre 2016*. Disponible en URL: en: https://www.minterior.gub.uy/images/datos_25112016.pdf.
20. Ministerio de Salud. *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*. Montevideo: MS, 2016. Disponible en URL: en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/2da%20Encuesta%20Factores%20de%20Riesgo.pdf.
21. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. *Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2014. Morbilidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2013*. Disponible en URL: en: http://www.cardiosalud.org/files/documents/morbilidad_2013_y_mortalidad_2014.pdf.
22. Ministerio de Salud. *Estadísticas vitales. Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna*. Montevideo: MS, 2017. Disponible en URL: en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2017/noticias/NO_W441/Presentacion_MS.pdf.
23. Cabella, W., et. al. *Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil. 2015*. Disponible en URL: en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/SALUD%2C+NUTRICI%C3%93N+Y+DESARROLLO+EN+LA+PRIMERA+INFANCIA+EN+URUGUAY+PRIMEROS+RESULTADOS+DE+LA+ENDIS/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>.

-
24. Nuñez, I. «Personas con discapacidad en Uruguay: algunas cifras del Censo 2011»,. *Comentarios de Seguridad Social*, n.º 44, abril, mayo y junio 2014,. Banco de Previsión Social. Disponible en URL: en: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/8195/1/44._personas_con_discapacidad_en_uruguay._algunas_cifras_del_censo_2011._nunez.pdf>.
 25. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. *Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2016*. Disponible en URL: en: <http://www.infodrogas.gub.uy/html/informes-documentos/docs/Presentacion_4a_Encuesta_Hogares_Drogas.pdf>.
 26. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. *5ª Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de Drogas: informe de investigación mayo 2012*. Disponible en URL: en: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf>
 27. Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas. *5ª Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Entre placer y displacer: los adolescentes en su laberinto. Comportamiento de riesgo y uso de drogas en adolescentes escolarizados*. Disponible en URL: en: <http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/5_estudiantes_web.pdf>.
 28. Instituto Nacional de las Mujeres. *La población afrodescendiente en Uruguay desde una perspectiva de género*. Cuadernos del Sistema de información de Género. Montevideo: MIDES, 2010. Disponible en URL: en: <<http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18530/1/cuaderno1.pdf>>.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

f opsomsuruguay

t opsomsuruguay

www.paho.org/uru

