

# Covid-19 miradas territoriales

Experiencias de la Dirección  
General de Coordinación  
Ministerio de Salud Pública  
2020



Ministerio  
de Salud  
Pública



# Covid-19 **miradas** territoriales

Experiencias de la Dirección General de Coordinación

Ministerio de Salud Pública

2020



Ministerio  
de Salud  
Pública

# Autoridades

## Ministerio de Salud Pública

**Dr. Daniel Salinas**  
Ministro de Salud Pública

**Lic. José Luis Satdjian**  
Subsecretario

**Gustavo Cardoso Muñoz**  
Director general de Secretaría

**Cr. Alberto Yagoda**  
Director general del Sistema Nacional de Salud

**Dr. Miguel Asqueta**  
Director general de la Salud

**Dra. Karina Rando**  
Directora general de Coordinación

**Dra. Carolina Rebagliati**  
Directora general de Fiscalización

# Créditos

**Coordinación general de la publicación:** Dra. Karina Rando

**Coordinación general editorial:** Sandra Moresino.

**Producción y coordinación general de entrevistas y equipo:** Ileana Poloni Gruler (DIGECOOR Central).

**Producción y realización de entrevistas:** Cristina Calvo (DDS Artigas), Zoraida Yivotovsky Pujol (DDS Colonia), Ma. Elina Peyre Navarro (DDS Rocha), Alexis Gularte Cavalheiro (DDS Salto), Fernanda Pereira Barreira (DDS Soriano), Adriana Pintos de Vargas (DIGECOOR Central).

5

**Entrevistas:** Marcos Leonardi (DDS Artigas), Mariela Anché y Julio Mendoza (DDS Cerro Largo), Diego García, Sandra Almirón, Alicia Mariezcurrena (DDS Canelones), Alejandra Torres (DDS Colonia), Luis Aycaguer y Vanessa Alonzo (DDS Durazno), Andrés Grezzi y Lucía Reyes (DDS Flores), Andrea Herrera y Mariángel Mutuberría (DDS Florida), Guillermo Ricetto (DDS Lavalleja), Neris García (DDS Maldonado), Horacio Vignoli (DDS Montevideo), Carlos Leoni (DDS Paysandú), Andrés Montaña (DDS Río Negro), Carlos Sarries (DDS Rivera), Diego Pintado (DDS Rocha), Rosa Blanco (DDS Salto), Juan Atilio y Jacqueline Acosta (DDS San José), Darío Saráchaga y Mariela Guerein (DDS Soriano), Juan Motta (DDS Tacuarembó), José Quintín Olano (DDS Treinta y Tres).

**Coordinación equipo de desgrabado de entrevistas:** Karenn Sessa (DIGECOOR Central).

Equipo de desgrabado: Silvia Vidal (DDS Canelones), Julio Mendoza (DDS Cerro Largo), Lucy Forischi y Gustavo Wilkins (DDS Durazno), Lucía Reyes (DDS Flores), María Barreto y Mario Monetta (DDS Florida), Natalia Santucci (DDS Maldonado), Graciela Paolino (DDS Montevideo), Gabriel Meireles (DDS Paysandú), María Franxina Belén (DDS Río Negro), Silvana Casco (DDS Rivera), Laura Caputti (DDS San José), Ana Carina Gil (DDS Tacuarembó), Magela De León (DDS Treinta y Tres), Natalia Mieres, Karenn Sessa y Graciela Zunino (DIGECOOR Central).

**Control de calidad de desgrabados:** Graciela L. Martínez, Karenn Sessa (DIGECOOR Central).

**Producción y redacción de capítulos (DIGECOOR Central):**

Capítulo 1: Diego Langone, Sandra Moresino, Karina Rando.

Capítulo 2: Graciela Almeda, Robert Berrospe, Oscar Garateguy, Sandra Moresino,

Adriana Pintos, Diego Soria, Jessica Vega.

Capítulo 3: Diego Langone, Sandra Moresino.

Capítulo 4 (matrices): Graciela Almeda, Robert Berrospe, Graciela L. Martínez, Sandra Moresino, Adriana Pintos, Ileana Poloni, Karenn Sessa, Diego Soria, Graciela Zunino.  
Capítulo 4 (producción y redacción): Diego Langone, Sandra Moresino.

**Edición Anecdótico:** Sandra Moresino.

**Revisión general de contenidos:** Karina Rando.

Revisión de contenidos Capítulo 3: Marcos Leonardi (DDS Artigas), Mariela Anchén (DDS Cerro Largo), Diego García (DDS Canelones), Alejandra Torres (DDS Colonia), Luis Aycaguer (DDS Durazno), Andrés Grezzi (DDS Flores), Andrea Herrera (DDS Florida), Guillermo Riccetto (DDS Lavalleja), Neris García (DDS Maldonado), Horacio Vignoli (DDS Montevideo), Carlos Leoni (DDS Paysandú), Andrés Montaña (DDS Río Negro), Carlos Sarries (DDS Rivera), Diego Pintado (DDS Rocha), Rosa Blanco (DDS Salto), Juan Atilio (DDS San José), Darío Saráchaga (DDS Soriano), Juan Motta (DDS Tacuarembó), José Quintín Olano (DDS Treinta y Tres).

**Búsqueda y recopilación de información:**

DDS Artigas: Ormelinda Andrade, Aurora Barboza, Sandra Benítez, Ana Cassaffu, Alba Falcao, Eduardo Gómez.

DDS Canelones: Sandra Almirón, Arabel Álvarez, Isabel Barreto, Claudia Broso, Virginia Bethencourt, María Clavijo, Ana Gatti, Adriana Lemes, Alicia Mariezcurrena, Marta Musto, Laura Novoa, Yanet Pedrazzi, Virginia Puyares, Miguel Tonelli, Laura Torino.

DDS Cerro Largo: Washington Baptista, Liliana Denis, José Perdomo, Ramón Toledo.

DDS Colonia: Ramón Barbot, Simón Justet, Cecilia Martínez, Gerardo Mignone, Eugenio Petit, Jorge Rivero, Emilia Zimmer.

DDS Durazno: Vanessa Alonzo, Néstor Barceló, María Mederos.

DDS Flores: Annia Agosto, Mauricio Aguilar, María Perera, María Real.

DDS Florida: Blanca Ferreira, María Martínez, Miriam Morales, Mariángel Mutuberría.

DDS Lavalleja: Ana Alonzo, Gabriela Argenzio, Ana Colina, Silvana Fernández.

DDS Maldonado: Julia Blandín, Nelly Fernández, Maira Gómez, Iris Reyes, María Rodríguez, Andrea Rumi, María Sosa.

DDS Montevideo: Silvia Cauci, Heber Damián, Silvia Guerra, Luis Ligüera, Paola Scalone, Mario Tonarelli.

DDS Paysandú: Andrea Alekna, Noela Anselmi, Daniela Bentancourt, Roberto Mieres, Nataly Rodríguez, Silvana Saporitto, Paula Stanko, Andrea Veglia.

DDS Río Negro: Matías Arbolito, Javier Champret, Sabina Di Giovanni.

DDS Rivera: Graciana Barboza, Sandra Cal, Carla Lara, Deibi González, Diño Núñez, Nellys Olivera, Nancy Suárez, Susana Torres, Carlos Valerio.

DDS Rocha: Edson Arrieche, Alberto Barrios, Ana González, Gabriel Pastor, Yolanda Silva.

DDS Salto: Gastón Aguerre, Mary Fructos, Karina Gómez, José Moreira, Ana Moriondo, Sofía Piegas, Elna Solari, Leticia Zeballos.

DDS San José: Jacqueline Acosta, María González, María Meneses.

DDS Soriano: Mariela Guerein, María Silva.

DDS Tacuarembó: Yamandú Barrios, Ana Núñez, Ángel Núñez, Carlos Núñez, Carlos Ourives, Alicia Rodríguez, Ignacio Souza.

DDS Treinta y Tres: Gabriel Ferreira, Miguel Gamarra, Elisángela Ganccio, Nicolás Hernández, Matilde Silva.

Colaboraron: Iliana Pedemonte, Willian Baptista.

**Producción fotográfica capítulo 3 (en 15 departamentos):** Jessica Frías (DDS COLONIA).

**Diseño editorial:** IDENTIDAD E. P.

**Agradecimientos:** Departamento de Comunicación y Salud, MSP.

---

Ministerio de Salud Pública  
18 de julio 1892  
Montevideo, Uruguay, setiembre de 2021  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

# Índice

Prólogo	10
Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos	12
Capítulo 1. Introducción	16
Capítulo 2. Buenas prácticas metodológicas de la DIGECOOR para el trabajo en pandemia	28
Capítulo 3. La experiencia en territorio	60
Realidades similares, desafíos diferentes Covid-19 y frontera «seca» La experiencia en Artigas y en Rivera	61
Trabajar en condiciones sanitarias seguras Emprendimientos productivos y brotes de Covid-19 La experiencia en Canelones, en Tacuarembó y en Treinta y Tres	78
Diagnosticar en el este del país Centros de diagnóstico Covid-19 La experiencia en Cerro Largo y en Rocha	99
Contener más que aislar Centros de contingencia Covid-19 La experiencia en Colonia y en Durazno	112
Promover salud y prevenir Covid-19 La pandemia en el centro del país La experiencia en Flores y en Florida	125
Trabajar en el territorio en tiempos de pandemia La experiencia en Lavalleja	140
Retos del movimiento Turismo, economía y recreación con alta circulación de personas La experiencia en Maldonado	150

<b>Cuidar a las personas mayores</b>	<b>160</b>
Procedimiento de actuación en los ELEPEM en la emergencia sanitaria	
La experiencia en Montevideo y en Soriano	
<b>Mi casa está en la frontera</b>	<b>178</b>
Estrategia de control y mitigación del virus SARS-CoV-2 en Paysandú y en Río Negro	
<b>Aprender en tiempos de Covid-19</b>	<b>195</b>
La experiencia en Salto	
<b>Protección en la infancia</b>	<b>205</b>
El brote por Covid-19 en un jardín de preescolares de la ciudad Libertad	
La experiencia en San José	
<b>Capítulo 4. DIGECOOR 2020 en perspectiva. Resumen y conclusiones</b>	<b>216</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Saludable anecdotario	233
Anexo 2. Pauta para la realización de entrevistas con las DDS	241
Anexo 3. Pauta para desgrabar las entrevistas con las DDS	248

## Prólogo

Al escribir estas líneas la Organización Mundial de la Salud ubica a Uruguay en el nivel uno de transmisión comunitaria del SARS-CoV-2. Esto implica grado de control sobre la pandemia reflejado, por ejemplo, en el número de casos positivos diarios que ronda en poco más de una decena sobre una población de 3.543.025 personas. Al momento de escribir este prólogo, el total de casos en actividad es de 1.154 y se destaca la escasa cantidad de casos que requieren atención médica y cuidados intensivos. Con una vacunación del 77 % con primera dosis, del 73 % con segunda dosis y 29 % con tercera dosis, el país se posiciona entre los de mayor éxito en el mundo por su campaña de vacunación. La altísima adhesión a la campaña «poner el brazo» es un hito relevante en el combate a la pandemia y le permitió a Uruguay enfrentarse al ingreso de la variante Delta del virus con mínimas consecuencias sanitarias.

Después de la única «gran ola» bimodal con empuje diciembre 2020-enero 2021, y un segundo empuje significativo en marzo-mayo de 2021, el país retoma progresivamente su actividad social, cultural, económica y abre las fronteras al mundo iniciando un descenso sostenido desde el 1 de junio de 2021 hasta hoy. Para llegar a este punto fue necesario un enorme esfuerzo a nivel país para cuidar y cuidarse, y ejercer la libertad responsable en el marco del derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes del país. Hay que destacar el intercambio fluido entre el sistema político y la academia, así como la conformación del Grupo Asesor Científico Honorario-GACH (grupo científico de excelencia integrado a su vez por varios colaboradores del MSP) que asesoró al Poder Ejecutivo para la toma de decisiones. Ha sido además muy positivo el desarrollo en Uruguay de test RT-PCR, que serán útiles también para el diagnóstico de otras enfermedades, y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica con la secuenciación genómica de los casos positivos de Covid-19.

En el Ministerio de Salud Pública, y particularmente en la Dirección General de Coordinación, se trabajó incansablemente en la ejecución territorial de la prevención, la vigilancia epidemiológica, la elaboración y actualización de normativa, la coordinación de los prestadores de salud y de los centros coordinadores de emergencia departamentales. También incentivó la búsqueda y formalización de acuerdos para complementar recursos y servicios tanto del ámbito público como privado.

Nada de esto hubiera sido posible sin la dedicación, capacidad de trabajo y compromiso de nuestras 19 direcciones departamentales de Salud, y sus directores que integran este destacable equipo de trabajo.

Este libro recopila la experiencia uruguaya vivida y gestionada desde la DIGECOOR y sus 19 direcciones departamentales en el año 2020. Rescata buenas prácticas y lecciones aprendidas a partir de la especificidad de cada territorio y de la autenticidad del relato en primera persona de directores e integrantes de los equipos de gestión.

La publicación tiene mucho valor agregado. Por un lado, es una herramienta de registro y recuperación de lo realizado, que se logra por medio de un esfuerzo colectivo y sistemático de todo el personal de la Dirección General de Coordinación. Por otro lado, genera evidencia para el diseño e implementación de futuras intervenciones públicas, provee información pertinente para facilitar etapas posteriores de toma de decisiones y promueve la transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía. A la vez, cada capítulo contiene un exhaustivo listado de referencias que trasciende la literatura convencional y refleja la diversidad de fuentes, tanto en su origen como en su formato.

La pandemia por Covid-19 es un fenómeno global y por eso en esta publicación fue necesaria la ubicación en el mundo, en tiempo y en espacio, que se expresa en una cronología que recoge los principales hitos a nivel mundial, regional, nacional y local. Los planes de contingencia que se pusieron en marcha están explicados en el capítulo 2 y emergen de la experiencia de cada departamento, como los acuerdos en las fronteras para el pasaje de trabajadores y para el ingreso de refugiados, la operativa en los puentes internacionales y en relación con el transporte de carga, la instalación de centros de diagnóstico y dispositivos de rastreo epidemiológico, y las múltiples actividades de promoción y prevención para mitigar la transmisibilidad del virus y los efectos de la pandemia.

Mientras, como se decía al principio, transitamos el nivel uno de circulación comunitaria, trabajamos enfáticamente en poner al día temas de salud relevante como el tamizaje oncológico, el control de nuevos emergentes como la tuberculosis, la hepatitis C y el VIH. Damos gran relevancia a la salud mental y rehabilitación de secuelas de la pandemia.

Ahora es necesario reformular estrategias para el abordaje de un problema global y multidimensional que se expresa en diversas áreas de repercusión socio-laboral, educativo-cultural y económico-financiero.

Daniel Salinas

Ministro de Salud Pública

Montevideo, setiembre de 2021

# Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos

<b>ACI</b>	Alianza Cooperativa Internacional
<b>ACNUR</b>	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
<b>AEP</b>	Asociación Española de Pediatría
<b>AEPap</b>	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
<b>AEPSM</b>	Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
<b>ANCAP</b>	Administración Nacional de Combustible Alcohol y Portland
<b>ANEP</b>	Administración Nacional de Educación Pública
<b>ANTEL</b>	Administración Nacional de Telecomunicaciones
<b>APCANU</b>	Asociación de Plantadores de Caña de Azúcar del Norte Uruguayo
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>ASSE</b>	Administración de los Servicios de Salud del Estado
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BPS</b>	Banco de Previsión Social
<b>BSE</b>	Banco de Seguros del Estado
<b>CAIF</b>	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
<b>CAMCEL</b>	Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo
<b>CAMDEL</b>	Centro de Asistencia Médica de Lavalleja
<b>CAMEDUR</b>	Centro de Asistencia Médica de Durazno
<b>CAMOC</b>	Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia
<b>CAMS</b>	Centro Asistencial Médico de Soriano
<b>CASMU</b>	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
<b>CCOU</b>	Círculo Católico del Uruguay
<b>CDE</b>	Comité Departamental de Emergencias
<b>CECOED</b>	Centro Coordinador de Emergencias Departamentales
<b>CEFIR</b>	Centro de Formación para la Integración Regional
<b>CERP</b>	Centro Regional de Profesores
<b>CHOLAEP</b>	Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes
<b>COMEFLO</b>	Cooperativa Médica de Flores
<b>CONASSAT</b>	Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>CTI</b>	Centro Terapia Intensiva
<b>CURE-Udelar</b>	Centro Universitario Regional del Este de la Universidad de la República
<b>DDS</b>	Dirección Departamental de Salud
<b>DIE-CES</b>	Departamento Integral del Estudiante del Consejo de Educación Secundaria
<b>DIGECOOR</b>	Dirección General de Coordinación

<b>DIGESA</b>	Dirección General de la Salud
<b>DILAVE</b>	División de Laboratorios Veterinarios
<b>DNSFFAA</b>	Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas
<b>ELEPEM</b>	Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores
<b>EPP</b>	Equipos de Protección Personal
<b>FADU</b>	Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo
<b>FEPREMI</b>	Federación de Prestadores Médicos del Interior
<b>FESP</b>	Funciones Esenciales de Salud Pública
<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>GACH</b>	Grupo Asesor Científico Honorario
<b>IAE</b>	Intento de Autoeliminación
<b>IAMPP</b>	Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales
<b>IFD</b>	Instituto de Formación Docente
<b>INAC</b>	Instituto Nacional de Carnes
<b>INAU</b>	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
<b>INDA</b>	Instituto Nacional de Alimentación
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>INIA</b>	Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria
<b>IRAG</b>	Infección Respiratoria Aguda Grave
<b>JUNASA</b>	Junta Nacional de Salud
<b>MDN</b>	Ministerio de Defensa Nacional
<b>MEC</b>	Ministerio de Educación y Cultura
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MERCOSUR</b>	Mercado Común del Sur
<b>MGAP</b>	Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
<b>MHE</b>	Mutualista Hospital Evangélico
<b>MIDES</b>	Ministerio de Desarrollo Social
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>MTSS</b>	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
<b>MUCAM</b>	Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPP</b>	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OSE</b>	Obras Sanitarias del Estado

<b>PA</b>	Prestador Asignado
<b>PIAS</b>	Plan Integral de Atención en Salud
<b>PIT-CNT</b>	Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores
<b>PO</b>	Prestador de Origen
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>RAP</b>	Red de Atención del Primer Nivel
<b>REDAM</b>	Red de Adultos Mayores
<b>RT-PCR</b>	Reacción en cadena de la polimerasa
<b>SAAM</b>	Sitios Alternativos para Atención Médica
<b>SARS-CoV</b>	Del inglés, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus. Español: Síndrome Respiratorio Agudo Severo
<b>SEDHU</b>	Servicio Ecuménico para la Dignidad Humana
<b>SGT 18</b>	Subgrupo de Trabajo N° 18
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SINAE</b>	Sistema Nacional de Emergencias
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud
<b>SUNCA</b>	Sindicato Único de la Construcción y Anexos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud de Brasil
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación
<b>UCDIE</b>	Unidad Coordinadora Departamental de Integración Educativa
<b>UEM</b>	Unidad de Emergencia Móvil
<b>UTAA</b>	Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas
<b>UTE</b>	Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas
<b>VBGG</b>	Violencia basada en Género y Generaciones





# Capítulo 1

Introducción

*En medio de la dificultad, yace la oportunidad.*  
Albert Einstein

El presente documento es la recopilación de la experiencia uruguaya en el marco de la pandemia por Covid-19 vista, vivida y gestionada desde la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) y sus 19 direcciones departamentales de Salud (DDS). Intenta rescatar las especificidades de la actuación en cada lugar en el contexto de la emergencia sanitaria para visibilizar el trabajo en todo el país. A la vez, esta publicación es una herramienta de registro y recuperación de lo realizado que se logra por medio de un esfuerzo colectivo y sistemático de todo el personal de la DIGECOOR.

Cabe destacar que este trabajo continúa y profundiza el camino iniciado en esta dirección en la elaboración de documentos de sistematización y análisis para la mejora de la gestión institucional en materia de la política pública de salud, y en tanto el Ministerio de Salud Pública autoridad sanitaria rectora. Así, en 2020 se presentó el documento *Diseño institucional de las direcciones departamentales de Salud. Descripción y análisis* que contiene una exhaustiva caracterización de la estructura departamental en salud en sus diversas dimensiones (como normativa, recursos humanos y recursos materiales) así como las funciones desarrolladas por el MSP en el territorio para el eficiente cumplimiento de la rectoría en general y en particular en cada departamento.(1)

Este documento tiene el propósito de conocer, de primera mano, cómo se llevaron a cabo las funciones en cada DDS durante 2020 en el contexto de pandemia. Para ello se apeló a la narrativa de cada experiencia local en la voz de los equipos de las DDS. También, se pretende lograr un registro y visualización de lecciones aprendidas y buenas prácticas en esta realidad tan particular en el sentido de registrar aciertos y errores en las diversas actividades institucionales para ser utilizados en la mejora continua de la Institución.(2)

De esta forma, se busca facilitar la retroalimentación de cada etapa del ciclo de la política de salud en función de los objetivos priorizados y las metas alcanzadas, generar y utilizar evidencia para el diseño e implementación de futuras intervenciones públicas, proveer información pertinente para facilitar etapas posteriores de toma de decisiones y promover la transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía. De todos estos objetivos, se debe destacar la importancia del último. La rendición de cuentas “*accountability*” (3) (4) se utiliza como sinónimo de responsabilidad, de dar cuenta, responder por, dar cumplimiento, básicamente a nivel de gestión pública. Un Estado que rinde cuentas se ajusta de forma continua a las necesidades de su entorno y busca mejorar sus objetivos y programas. De ahí la importancia de documentar y relatar el proceso de trabajo institucional del MSP en el territorio.

Tanto el documento sobre diseño institucional elaborado en 2020 como el que se presenta ahora con la experiencia Covid-19 en lo territorial fueron concebidos en el

marco de la política establecida por el Poder Ejecutivo (5) (6) sobre compromisos de gestión como meta institucional para la mejora de la gestión.<sup>1</sup>

Finalmente es de destacar que este documento es producto del esfuerzo de todo el personal de la DIGECOOR, tanto del nivel central como de los equipos de las 19 DDS, por lo que se constituye en una experiencia participativa para la recuperación de experiencias contadas por sus propios protagonistas, fomentando así la descentralización y el reconocimiento al rescate de las voces y capacidad de respuesta de cada lugar.

La estructura de este documento sigue la lógica de ordenamiento desde lo macro o general a lo más específico o particular relativo a las experiencias de las DDS.

Así, tras esta introducción -en la que en forma breve se caracteriza al país y al sistema de salud, se revisa la estructura institucional de la autoridad sanitaria y se fundamenta y contextualiza este documento- inicia el capítulo 2 con una sección dedicada al desarrollo de la apuesta metodológica para la elaboración de este material y, a continuación, se describen características de la pandemia en el ámbito mundial, regional y nacional, señalando cronológicamente los principales eventos, para terminar con el detalle de los planes de contingencia que se pusieron en marcha. Una de las herramientas fundamentales que se puso en práctica durante la pandemia fue la de acuerdos de complementación entre prestadores de salud, instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras. También el capítulo 2 dará cuenta de estos acuerdos, sus objetivos y alcances.

El capítulo 3 está dedicado a recoger las experiencias de cada DDS agrupadas por tema de trabajo o disposición territorial y narradas por directores departamentales e integrantes de sus equipos. Cada relato es precedido por una presentación conceptual del tema junto a la normativa que aplica.

En el capítulo 4 se plantean conclusiones, reflexiones, lecciones aprendidas y buenas prácticas sobre la actividad de la DIGECOOR en 2020 y en el marco de la emergencia sanitaria.

Se incluyen también una serie de anexos donde se recogen, entre otros, algunas anécdotas del ámbito local y las pautas e instrumentos metodológicos que se elaboraron para llevar adelante esta publicación.

### **Uruguay. Breve caracterización**

Como es de público conocimiento mundial, 2020 fue un año sin precedentes a raíz de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad Covid-19. Uruguay no estuvo ajeno a ello, si bien lo que dio en llamarse «primera ola» no impactó con la fuerza que lo hizo en otros países de la región y del mundo. Tras la aparición a principios de 2020 de los dos primeros casos en nuestro país el gobierno declaró el 13 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria nacional.<sup>(7)</sup>

La República Oriental del Uruguay, con una superficie de 175 kilómetros cuadrados, es el segundo país más pequeño de América del Sur. Limita con la República Federativa del Brasil a través del estado Río Grande del Sur, con la República

---

<sup>1</sup> El compromiso de gestión es un acuerdo celebrado a nivel institucional, de carácter colectivo, grupal o individual, por el cual se asignan recursos para el cumplimiento de metas vinculadas a la mejora de la gestión.

Argentina y sus provincias de Entre Ríos, Corrientes y Buenos Aires, con el Río de la Plata al sur y el Océano Atlántico al este.

Uruguay tiene una población altamente alfabetizada. Los datos del último censo indican un total de 3.213.147 habitantes,(8) concentrados fundamentalmente en la capital, Montevideo y en el Área Metropolitana que suma a la capital zonas de sus departamentos lindantes Canelones y San José. La distribución por sexos es prácticamente equitativa con leve predominio de mujeres y según tramos etarios, en forma reciente Uruguay ha acentuado el proceso de envejecimiento demográfico con cerca de un 20% de personas mayores de 60 años.(9)

Desde el punto de vista político administrativo el país tiene un régimen democrático republicano y presidencialista y tres poderes: Ejecutivo (integrado por el Presidente de la República y los ministros), Poder Legislativo (cámaras de senadores y diputados) y Poder Judicial. El territorio se divide en 19 departamentos, cada uno regido por un segundo nivel de gobierno constituido por las intendencias departamentales o gobiernos departamentales. La ley n.º 18.567 (10) de 2009 y las leyes n.º 18.644 (11) y 18.653 (12) de 2010 dieron el marco jurídico para el establecimiento de un tercer nivel de gobierno por medio de municipios (actualmente 115 municipios en todo el país).

Según las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida al nacer a 2020 -promedio de años que vivirán los integrantes de una generación desde su nacimiento hasta su muerte según el patrón de mortalidad- era de 78,01 años; tienen más expectativa de vida las mujeres (81,11 años) que los hombres (74,55 años).(13)

La tasa de mortalidad infantil, uno de los indicadores utilizados en materia de desarrollo, ha mantenido la tendencia al descenso ubicándose en uno de los mejores guarismos de la región. En efecto, esta tasa que se calcula cada 1.000 nacidos vivos se ubica según los últimos datos informados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en 6,8. (14)

### **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (15)**

A fines de 2007 el parlamento del Uruguay terminó de aprobar un conjunto de leyes que dieron inicio legal al proceso de la reforma de la salud que tiene como objetivo principal:

[A]segurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.(16)

Para alcanzar los objetivos de la reforma se propusieron cambios en los modelos de atención, gestión y financiamiento del sistema de salud. El cambio del modelo de atención se basa en privilegiar la promoción de la salud y la prevención, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) y en el primer nivel de atención; el modelo de gestión prevé la coordinación y complementación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud y la participación de trabajadores y usuarios en los organismos de conducción y control y, finalmente, el cambio en el modelo de financiamiento se concreta a partir de la creación del Seguro Nacional de Salud

(SNS) y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el ingreso gradual de distintos colectivos de población al seguro, que aportan al FONASA mediante la seguridad social.

La ley n.º 18.131 (17) de mayo de 2007 creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), que incluye el financiamiento del conjunto de prestaciones integrales de salud a todos los habitantes del país. El fondo creado reúne todos los aportes al sector salud provenientes del Estado, los empleadores y los trabajadores (que eligen a su prestador de salud). El conjunto de prestaciones se incluye en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), aprobado en el decreto n.º 465 de 2008.(18) El PIAS incluye los programas integrales y el catálogo de prestaciones definidos por el MSP, que obligatoriamente deben brindar los prestadores de salud que integran el SNIS. Estas herramientas, FONASA y PIAS, permitieron mejorar notoriamente la capacidad diagnóstica de Covid-19. En efecto, en abril de 2020 se aprobó el decreto n.º 118 (19) por el cual se incorporó al PIAS el procedimiento diagnóstico por PCR-RT. El mismo decreto facultó a los ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas a realizar el estudio de costos de la técnica y a promover los instrumentos reglamentarios para su financiamiento.

En la ley n.º 18.211(20) de diciembre de 2007 se exponen los aspectos sustanciales de la reforma y se establecen las bases para el ejercicio del derecho de protección a la salud que tienen todas las personas. Esta ley fue conocida como «ley grande» por su complejidad y amplitud, recogió, amplió, modificó o completó la normativa existente; creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Seguro Nacional de Salud (SNS), la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y los consejos asesores honorarios departamentales y locales; estableció los principios rectores, objetivos, integración y funcionamiento del SNIS; fijó las formas de aportación al FONASA y el ingreso al mismo de los primeros grupos de población; avanzó en los contenidos de los derechos y obligaciones de los usuarios del SNIS.

Contar con un sistema integrado de salud de 12 años de maduración desde su implementación en 2008 significó una fortaleza para las acciones sanitarias en el marco de la pandemia por Covid-19, que exigieron al máximo las capacidades de articulación y coordinación entre la autoridad sanitaria y los prestadores y que no hubieran prosperado en un sistema fragmentado. El sistema integrado permitió experiencias inéditas para el país como por ejemplo los acuerdos de cooperación para la atención en los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). Según estos acuerdos, firmados tanto para Montevideo como para el interior del país, cada ELEPEM tuvo un prestador integral asignado responsable de la atención más allá de a qué prestador estuvieran afiliados los residentes.(21) (22)

El Seguro Nacional de Salud incluye a 43 prestadores integrales que garantizan el continuum asistencial que va desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y los cuidados paliativos. La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el principal prestador público de salud con una amplia red territorial en todo el país y es la institución responsable de la atención de casi la mitad del total de la población. La ley n.º 18.161 (23) de agosto de 2007 creó a ASSE como servicio descentralizado, saliendo así de la órbita del MSP que hasta entonces tenía al mismo tiempo las funciones de rectoría y de prestación de servicios de salud. Durante la pandemia, el despliegue territorial de ASSE con toda su red de servicios sumado a su condición de articulador de los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud fue un elemento muy importante para la accesibilidad de las personas a la atención, especialmente en zonas alejadas y en población vulnerable.

El rol del organismo desconcentrado JUNASA fue muy importante en pandemia dada su potestad por ley (20) de administrar el Seguro Nacional de Salud, velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS, disponer el pago de las cuotas a los prestadores y controlar las relaciones entre ellos para el funcionamiento eficaz y eficiente del sistema. Del funcionamiento de este ámbito del que participan autoridades del MSP, Banco de Previsión Social (BPS), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y representantes de trabajadores y usuarios de la salud, emergieron las disposiciones en contexto de pandemia sobre procedimientos quirúrgicos, estudios diagnósticos, aranceles en CTI y prestaciones.

La última de las principales leyes a destacar es la ley n.º 18.335 (24) de agosto de 2008 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud. En esta ley se lee que toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral, que todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad y a un trato digno y respetuoso. En materia de obligaciones, entre otras, se establece que toda persona tiene el deber de cuidar su salud y que el paciente o quien lo represente es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento diagnóstico o terapéutico. Es importante resaltar que los preceptos de esta ley son los que habilitan a la autoridad sanitaria a exigir que las personas que cursan Covid-19 o son contactos estrechos de casos positivos se ajusten a las recomendaciones de aislamiento y cuarentena y mitigar así la transmisibilidad del virus en la población.

21

### La autoridad sanitaria en el Uruguay

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es un organismo del Estado – Administración Central creado mediante la ley n.º 9.202, *Ley Orgánica de Salud Pública* promulgada en enero de 1934.(25) Tiene a su cargo la rectoría en salud y actúa como autoridad sanitaria nacional. Tiene jurisdicción en todo el territorio nacional y sus políticas están orientadas a toda persona presente en el territorio, nacional o no, así como toda persona en ingreso o salida del país. Por otra parte, si bien su jurisdicción es nacional, existen organismos y marcos de cooperación internacional que requieren un trabajo técnico asociado a la situación sanitaria regional y mundial.

[La misión del MSP es] contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia.(26)

El MSP cuenta aproximadamente con 900 funcionarios, distribuidos en todo el territorio nacional y en toda su estructura, que está compuesta por cinco unidades ejecutoras: Dirección General de Secretaría, Dirección General de la Salud, Dirección General de Coordinación, Dirección General del Sistema Nacional de Salud, Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

A través de estas unidades el MSP da cumplimiento a sus cometidos y sus objetivos estratégicos que están asociados al cuidado de la salud de las personas, el aseguramiento de los niveles de calidad en la atención médica, la vigilancia epidemiológica en todas sus acepciones, la investigación científica en salud, el desarrollo profesional del sector y el control a todas las instituciones (públicas o privadas) cuya actividad esté asociada a la salud.

La unidad ejecutora Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) se creó por ley n.º 19.355;(5) posteriormente y mediante ley n.º 19.535 (27) se le asignaron, dentro de sus competencias, las direcciones departamentales de Salud (DDS) de todo el país.

Los cometidos de la DIGECOOR asignados por ley son:

- a) Impulsar una gestión coordinada entre las diversas dependencias del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, regional, departamental y local.
- b) Lograr un trabajo coordinado y de complementación de servicios entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- c) Contribuir al desarrollo de una estrategia de trabajo que favorezca el funcionamiento armónico del Inciso en el vínculo con los demás actores institucionales o sociales que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud, así como la formulación de una estrategia acorde a tales fines.
- d) Supervisar las Direcciones Departamentales de Salud.

La estructura interna de la dirección cuenta con un nivel político, técnico y administrativo de carácter central localizado físicamente en el edificio principal del MSP en Montevideo, y 19 direcciones departamentales, una por cada departamento, cuya principal misión es la territorialización de la política pública de salud para lo cual llevan adelante actividades de rectoría, fiscalización, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, entre otras. A 2020 la dirección cuenta con 170 funcionarios, 22 sedes en todo el país y 30 vehículos.

En el marco de la pandemia, la DIGECOOR actuó como enlace privilegiado entre el nivel central y el nivel territorial bajo el modelo de centralización normativa-descentralización ejecutiva. Con un mecanismo muy aceitado de vínculo con cada DDS, que incluyó decenas de reuniones virtuales y visitas en más de una oportunidad a cada departamento durante todo el año 2020, se asesoró en la elaboración e implementación de protocolos, se capacitó a todas las DDS en la metodología de rastreo de casos, se promovieron y firmaron acuerdos de cooperación para la instalación de centros de contingencia Covid-19 y se llevaron adelante las gestiones para los pasos de frontera e ingresos y egresos al país de la población habilitada según la normativa.

Finalizando esta introducción cabe consignar que, si bien esta publicación se centra en la actividad de la DIGECOOR en 2020 con referencia a la pandemia por Covid-19, la dirección general y sus direcciones departamentales no descuidaron la realización de las actividades y tareas previstas en los planes operativos anuales (POA) bajo los siguientes objetivos estratégicos y específicos.

Objetivo estratégico: *Fortalecer la gestión de las direcciones departamentales de Salud.*

- Colaborar en el ejercicio del liderazgo efectivo del MSP como rector de la política de salud a nivel territorial.
- Coordinar las políticas del MSP entre las unidades organizativas centrales y las territoriales.
- Mejorar el conocimiento y diagnóstico de la situación de salud a nivel departamental y local.
- Mejorar las capacidades institucionales de las DDS.

Como ejemplo de estas actividades en el año 2020 se puede mencionar el permanente vínculo de la DIGECOOR Central con las DDS para la vigilancia

epidemiológica, en especial de Covid-19, lo que incluye asesoramiento y capacitación en la tarea de rastreo y seguimientos de casos positivos y contactos, interacción con los medios de comunicación en cada departamento para mantener informada a la población sobre la transmisibilidad del virus en el nivel local y las medidas preventivas, sistematización de informes departamentales para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, identificación, selección y formación de personal de apoyo para la tarea de rastreo, entre otras.

Objetivo estratégico: *Promover Redes Integradas de Servicios de Salud.*

- Coordinar líneas de acción con ASSE para un desempeño eficaz y eficiente del sistema de salud, elevando sostenidamente los niveles de calidad.
- Promover y desarrollar acuerdos de complementación asistencial.

En 2020 desde la DIGECOOR se firmaron 22 acuerdos de complementación aprovechando las capacidades instaladas en el sistema de salud y en sus prestadores, en particular ASSE, y en diversas instituciones y organizaciones nacionales y extranjeras. Estos acuerdos comprenden comodatos para la instalación de centros de contingencia Covid-19 (en Colonia por ejemplo), para la atención de residentes de ELEPEM en todo el país, para la atención de niñas, niños y adolescentes en situación de violencia (en Artigas) y los acuerdos binacionales por Covid-19 en los pasos de frontera.

Objetivo estratégico: *Coordinar y ejecutar los programas de salud a nivel departamental.*

- Diseñar y ejecutar estrategias de trabajo para la mejora de la gestión y la implementación de la política de salud de acuerdo con las características y necesidades territoriales.
- Diseñar e implementar las acciones de los programas de las unidades ejecutoras del MSP en el territorio.
- Optimizar la vigilancia epidemiológica departamental de acuerdo con la diversidad y dispersión demográfica y territorial.

El contexto de pandemia no impidió continuar con una de las actividades centrales que tiene la DIGECOOR y las DDS referida a la territorialización de los programas de salud. En este sentido, en 2020 continuaron las actividades del plan operativo de vigilancia y control de vectores, que tiene la finalidad de prevenir y eventualmente controlar las enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti* (Dengue, Zika y Chikungunya) y por *Lutzomyia longipalpis* (Leishmaniasis). También se llevaron adelante actividades de salud mental (Lavalleja, Rocha, Maldonado) con atención al contexto pandémico.

Objetivo estratégico: *Impulsar la política, programas y acciones de salud en ámbitos de coordinación intersectoriales.*

- Diseñar actividades de formación y capacitación sobre prevención, promoción de salud, participación social dirigidas a la población y al personal de salud en el territorio.
- Integrar y liderar los equipos interinstitucionales e intersectoriales en materia de salud pública a nivel departamental, nacional e internacional.

En 2020 tomó especial relevancia la coordinación y articulación en los Centros Coordinadores de Emergencias Departamentales (CECOED), de los cuales en cada

departamento las DDS forman parte. Desde este ámbito se generaron acuerdos para el funcionamiento de centros de contingencia. Más allá de que muchos de los espacios de coordinación limitaron sus actividades durante 2020, es de destacar otros espacios de articulación y coordinación intersectorial e interinstitucional: juntas departamentales de drogas, unidades departamentales y locales de seguridad vial, comisiones departamentales por una Vida Libre de Violencia hacia las Mujeres, comisiones departamentales de zoonosis, comités de mortalidad infantil. A la vez, las DDS presiden los consejos honorarios asesores departamentales, ámbito del que participan autoridades, trabajadores y usuarios de la salud y donde se discuten e impulsan las políticas de salud de nivel local.

Objetivo estratégico: *Fortalecer el primer nivel de atención desde una óptica de APS haciendo foco en la accesibilidad territorial, acceso universal, oportuno y pertinente de la atención a la salud.*

- Promover la instalación de espacios de coordinación y la implementación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los prestadores de salud.
- Fortalecer el acceso a la atención a la salud en el primer nivel de atención especialmente en zonas rurales.
- Liderar el proceso de trabajo en materia de capacidad resolutiva en el primer nivel de atención.

Como actividades a destacar en este objetivo para 2020 se menciona las rondas rurales de atención a la salud, que alcanzan en cada departamento a zonas alejadas de los centros más poblados y que se coordinan desde cada DDS con los prestadores integrales de salud. Se impulsó en todos los prestadores la implementación de la telemedicina.

### Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Coordinación. Diseño institucional de las direcciones departamentales de Salud. Descripción y análisis. 2020; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/fortalecimiento-direcciones-departamentales-salud>
2. Organización Panamericana de la Salud. Metodologías de la OPS/OMS para el intercambio de información y gestión de conocimiento en salud. Documentar lecciones aprendidas. 2018; Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34998/Leccionesaprendidas2015\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34998/Leccionesaprendidas2015_spa.pdf)
3. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 2000. 346 p.
4. Schick A. The Performing State: Reflection on an Idea Whose Time Has Come but Whose Implementation Has Not. OECD J Budg [Internet]. 2003;3(2):71–103. Available from: <https://publications.iadb.org/en/performing-state-reflection-idea-whose-time-has-come-whose-implementation-has-not>
5. Uruguay. Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones Ejercicio 2015-2019. [Internet]. Ley n.º 19.355 Dec 30, 2015. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015>
6. Uruguay. Aprobación del reglamento de compromisos de gestión funcionales del Ministerio de Salud Pública [Internet]. Decreto n.º 138 May 9, 2016. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/138-2016>
7. Uruguay. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como

- consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus) [Internet]. Decreto n.º 93 Mar 23, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
8. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Población en hogares y viviendas. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
  9. Paredes M. El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. Boletín Envejec y Derechos las Pers Mayores [Internet]. 2017;(14-15). Available from: [https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios?utm\\_source=CiviCRM&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=boletin\\_envejecimiento\\_14\\_15](https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=boletin_envejecimiento_14_15)
  10. Uruguay. Determinase un nuevo régimen para la descentralización en materia departamental y local y participación ciudadana [Internet]. Ley n.º 18.567 Oct 19, 2009. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18567-2009>
  11. Uruguay. Modificación de la ley de descentralización y participación ciudadana [Internet]. Ley n.º 18.644 Feb 22, 2010. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18644-2010>
  12. Uruguay. Creación de municipios en los departamentos que se determinan [Internet]. Ley n.º 18.653 Mar 19, 2010. Available from: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp532569.htm>
  13. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y proyecciones. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/estimaciones-y-proyecciones>
  14. Ministerio de Salud Pública, Estadísticas Vitales. Estadísticas vitales. Inf en sitio web [Internet]. 2021; Available from: <https://uins.msp.gub.uy>
  15. Moresino S. Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay [Internet]. [Montevideo, Uruguay]: Universidad de la República (Udelar); 2016. Available from: <https://www.bvsenf.org.uy/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=E&base=udelar&nextAction=Ink&exprSearch=ATENCION INTEGRAL DE SALUD&indexSearch=MH#last>
  16. Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud. Mensaje y proyecto de ley [Internet]. Uruguay; Feb 28, 2007. Available from: [http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_Web/proyectos/2007/03/S276\\_15\\_09\\_2006\\_00001.PDF%0A](http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/proyectos/2007/03/S276_15_09_2006_00001.PDF%0A)
  17. Uruguay. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) [Internet]. Ley n.º 18.131 May 31, 2007. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007/3>
  18. Uruguay. Aprobación de los programas integrales de salud y catálogo de prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Decreto n.º 465 Oct 27, 2008. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/465-2008>
  19. Uruguay. Incorporación a los programas integrales de salud y al catálogo de prestaciones definidos por el MSP, el procedimiento diagnóstico por PCR-RT de SARS-CoV-2. (Covid-19) [Internet]. Decreto n.º 118 Apr 16, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/118-2020>
  20. Uruguay. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Ley n.º 18.211 Dec 13, 2007. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
  21. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Acuerdo de cooperación interinstitucional FPREMI-ASSE. Montevideo, Uruguay; May 8, 2020.
  22. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Procedimiento de actuación por los prestadores integrales en el ámbito de los establecimientos

- de larga estadía para personas mayores en el marco de la Situación de Emergencia Sanitaria Nacional declarada por decreto n.º 93/2020 de 13/03/2020. Montevideo, Uruguay; Apr 29, 2020.
23. Uruguay. Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado. [Internet]. Ley n.º 18.161 Aug 8, 2007. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007/5>
  24. Uruguay. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud [Internet]. Ley n.º 18.335 Aug 26, 2008. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
  25. Uruguay. Ley Orgánica de Salud Pública [Internet]. Ley n.º 9.202 Jan 22, 1934. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>
  26. Ministerio de Salud Pública. Cometidos. 2021; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos>
  27. Uruguay. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2016 [Internet]. Ley n.º 19.535 Oct 3, 2017. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19535-2017>





## Capítulo 2

Buenas prácticas metodológicas de la DIGECOOR para el trabajo en pandemia

En este capítulo se describirán materiales y métodos desarrollados y/o utilizados por la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) que resultaron buenas prácticas en el trabajo desplegado durante 2020. Aunque se dedicará un capítulo específico al resumen de las buenas prácticas -junto a lecciones aprendidas, experiencias exitosas y oportunidades- de la DIGECOOR en 2020, vale adelantar aquí que se trata de conocer qué funciona en situaciones y contextos específicos sin emplear recursos exorbitantes para lograr los resultados deseados, y que puede utilizarse para desarrollar y aplicar soluciones adaptadas a problemas de salud similares en otras situaciones y contextos.

La primera sección se dedica al planteo de la apuesta metodológica para la elaboración de esta publicación, con sus principios, fundamento teórico y organización. Su ubicación en este capítulo responde a que se trata de una herramienta metodológica desarrollada por la DIGECOOR que se constituyó en sí misma como una buena práctica, en el entendido que se lograron los resultados -esta publicación- aprovechando y optimizando los recursos disponibles en la dirección, sin descuidar la misión principal durante 2020 de control y vigilancia de la pandemia.

En la sección 2 se repasan los aspectos principales de la coordinación interinstitucional e intersectorial a principios de 2020. En este marco el Ministerio de Salud Pública (MSP) desarrolló el Plan de Contingencia Covid-19 que consta de cuatro documentos: lineamientos para la gestión de la respuesta, medidas de prevención y control, vigilancia y diagnóstico laboratorial, flujograma de trabajo.

A continuación, en la sección 3, se describen brevemente los principales eventos de la pandemia en el ámbito mundial, regional, nacional y local señalados en una línea de tiempo que inicia en el primer caso en Wuhan, China. Interesa destacar en esta línea de tiempo las acciones departamentales y locales que se llevaron adelante tanto por la DIGECOOR central como por sus direcciones departamentales.

Finalmente, la sección 4 da cuenta de los objetivos y alcances de los acuerdos de complementación entre prestadores de salud, instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales y extranjeras.

## **1. Metodología de esta publicación**

Caracterizar la pandemia por Covid-19 en el Uruguay desde el trabajo de la DIGECOOR del MSP en el año 2020 implicó poner en práctica una metodología de trabajo para la búsqueda, sistematización y elaboración de información, y para la recuperación de las experiencias del ámbito territorial, involucrando en distintas tareas y etapas a todo el equipo de la DIGECOOR -170 personas- bajo los siguientes principios metodológicos:

- promover el trabajo colaborativo,
- optimizar los tiempos y los recursos humanos disponibles,
- aprovechar las capacidades instaladas tanto en materia de recursos humanos como de infraestructura,
- considerar las prioridades de cada territorio para no interrumpir o interferir en la carga de trabajo y adecuar el volumen y alcance de tareas,
- equilibrar responsabilidades,
- conocer el trabajo que hacen los otros dentro de la DIGECOOR,
- motivar y generar nuevos equipos de trabajo en la DIGECOOR,

- acopiar y sistematizar información proveniente de diferentes fuentes y archivos para fundamentar, explicar y desarrollar los conceptos vertidos.

El fundamento teórico para la recuperación de experiencias a partir de la técnica de la entrevista se basa en el principio del saber cualitativo: comprender lo que dice el otro. Esto requiere de un esfuerzo primero de escucha y luego de interpretación de los sentidos y significados que surgen en la conversación. Si la ley del conocimiento cuantitativo podía describirse en la doble medida de lo numerable en lo numeroso, en el caso del conocimiento cualitativo puede encontrarse en la observación de «objetos» codificados, que por lo mismo hay que «traducir».(1)

Si el investigador cuantitativo puede asignar números, *el investigador cualitativo se mueve en el orden de los significados y sus reglas de significación*: los códigos y los documentos, o significaciones. Metodológicamente, el punto es *cómo posibilitar una reproducción de la comunidad o colectivo de hablantes de una lengua común para su análisis y comprensión*. Ya sea como habla entrevistada en profundidad, o como habla grupal, o como habla grupal focalizada, como autobiografía o como testimonio, siempre se trata de alcanzar la estructura de la observación del otro, su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes.(1)

30

Se definieron roles -entrevistador, desgrabador, coordinación de entrevistas, coordinación de desgrabado, sistematización, revisión de documentos, revisión de desgrabados, redacción, edición, entre otros- tareas de cada rol y plazos para cada tarea, se desarrollaron pautas de trabajo y se eligió la entrevista como técnica para recuperar las experiencias a partir de relatos de directores departamentales junto a sus equipos, construidos a partir de una pauta semiestructurada.

Para dar cuenta de la experiencia de trabajo en las direcciones departamentales de Salud (DDS), dado que sería inabarcable contar todo lo actuado en el período, se pidió a cada DDS que identificara un tema principal y dos alternativos para desarrollar en la entrevista. En cada DDS se llevaron adelante reuniones de equipo para identificar y jerarquizar temas a partir de la agenda departamental para 2020 y para recoger información de respaldo como textos de acuerdos, materiales de comunicación (gráficos y audiovisuales), notas de prensa, actas, entre otros. Quedó a cargo de la dirección de la DIGECOOR observar la pertinencia y no reiteración temática para poder dar cuenta de la diversidad del trabajo en lo territorial.

Cuadro 2.1. Temáticas elegidas por cada DDS según prioridad

DDS	Tema 1	Tema 2	Tema 3
Artigas	Covid-19 y frontera binacional	Cañeros (Bella Unión)	Refugiados
Canelones	Frigoríficos		
Cerro Largo	Laboratorio	Covid-19 y frontera binacional	
Colonia	Centros de contingencia de corta estadía		
Durazno	Centros de contingencia, brotes y ELEPEM	Covid-19 y departamentos del centro del país	
Flores	Cuidado de la población en tiempos de Covid-19	Educación, fiscalización, promoción y prevención en salud	
Florida	Covid-19 y departamentos del centro del país	Apoyo interdepartamental	
Lavalleja	Apoyo interdepartamental	Covid-19 y departamentos del centro del país	Salud mental
Maldonado	Control de cuarentena y fiestas	Salud mental: comisión departamental de suicidio	Vacunación
Montevideo	ELEPEM. Procedimiento de actuación		
Paysandú	Gestión departamental de la llegada de refugiados en el marco de la emergencia sanitaria	Estrategia de trabajo de la departamental como respuesta a la emergencia sanitaria	
Río Negro	Control de puentes	Transportistas de carga	Refugiados
Rivera	Covid-19 y frontera binacional	Centros de contingencia para refugiados	
Rocha	Laboratorio CURE	Turismo	Covid-19 y frontera binacional
Salto	Control de puentes	Transportistas de carga	Refugiados
San José	Brote Covid-19 en jardín preescolares		
Soriano	Covid y estrategia ELEPEM		
Tacuarembó	UPM	Unidad de Epidemiología	
Treinta y Tres	Cementera (ingreso de trabajadores de Brasil).		

Fuente: elaboración propia.

Con respecto de las entrevistas, se optó por dividir al país en seis zonas de tres departamentos cada una<sup>1</sup> e identificar, del plantel de recursos humanos de la DIGECOOR, seis entrevistadores para entrevistar a tres directores/as que no fueran el propio o propia para evitar los sesgos de la subjetividad y, adicionalmente, promover el trabajo colaborativo entre direcciones departamentales.

El siguiente cuadro muestra en qué DDS trabaja cada entrevistador y a cuáles DDS concurrió para realizar las entrevistas.

**Cuadro 2.2. Entrevistadores por DDS de origen DDS a la que concurre.**

DDS de procedencia de entrevistador	DDS a la que concurre para entrevistar
Artigas	Rivera, Tacuarembó, Salto
Salto	Paysandú, Artigas, Río Negro
Colonia	Soriano, San José, Canelones
Rocha	Maldonado, Treinta y Tres, Lavalleja
Soriano	Flores, Durazno, Colonia
Equipo central	Florida, Rocha, Cerro Largo, Montevideo

Fuente: elaboración propia.

El equipo de entrevistas fue coordinado por una integrante del equipo central de la DIGECOOR. Desde esta coordinación se desarrollaron reuniones virtuales para intercambiar aspectos teóricos de la técnica, compartir los materiales aportados por las DDS según el tema y trabajar en las orientaciones de la entrevista para cada DDS siguiendo la pauta elaborada que puede verse en el Anexo 2. En este equipo además se acordaron las reglas de control de calidad de audios y transferencia de archivos y, cuando fue necesario, se hicieron contactos específicos con las personas entrevistadas para aclarar dudas o ampliar información.

A la vez, se conformó un equipo de desgrabado de entrevistas con al menos un representante de cada DDS y la coordinación de una integrante del equipo central de la DIGECOOR. Este equipo también interactuó en forma virtual para orientar el trabajo a partir de la pauta específicamente preparada y que puede verse en el Anexo 3. Cada DDS desgrabó en forma fiel la entrevista que le fuera realizada, excepto aquellas que correspondían a las DDS de origen de entrevistadores, en cuyo caso el desgrabado lo hicieron integrantes del equipo central y de la DDS Montevideo. La calidad y fidelidad de cada texto obtenido fueron controladas comparando texto y audio.

El siguiente cuadro muestra la distribución de los desgrabados.

<sup>1</sup> Montevideo se sumó a las entrevistas a realizar por el equipo central.

Cuadro 2.3. Desgrabado de entrevistas según DDS.

Entrevista de...	La desgrabó...
DDS ARTIGAS	DIGECOOR Central
DDS CANELONES	DDS CANELONES
DDS CERRO LARGO	DDS CERRO LARGO
DDS COLONIA	DIGECOOR Central
DDS DURAZNO	DDS DURAZNO
DDS FLORES	DDS FLORES
DDS FLORIDA	DDS FLORIDA
DDS LAVALLEJA	DDS MONTEVIDEO
DDS MALDONADO	DDS MALDONADO
DDS MONTEVIDEO	DIGECOOR Central
DDS PAYSANDÚ	DDS PAYSANDÚ
DDS RÍO NEGRO	DDS RÍO NEGRO
DDS RIVERA	DDS RIVERA
DDS ROCHA	DIGECOOR Central
DDS SALTO	DIGECOOR Central
DDS SAN JOSÉ	DDS SAN JOSÉ

Fuente: elaboración propia.

Contemplando uno de los principios de la metodología sobre aprovechar capacidades instaladas, se identificó la fortaleza de contar en una DDS con funcionaria formada en fotografía en el MSP para la producción fotográfica de esta publicación, quien realizó el registro, primera selección y preedición, y gestionó los consentimientos de reproducción.

Todas las entrevistas se realizaron en el período marzo-junio de 2021; los desgrabados se hicieron durante abril-junio de 2021 y la producción fotográfica se realizó en marzo-junio de 2021. Tanto los encuentros para las entrevistas como las actividades propias de la producción fotográfica se realizaron siguiendo estrictamente los protocolos sanitarios.

La elaboración de los restantes capítulos de esta publicación siguió la metodología de búsqueda y recuperación de datos del ámbito nacional e internacional, trabajo en bases de datos, sistematización, consulta con especialistas y análisis documental. La redacción de los capítulos, búsqueda bibliográfica para apoyo teórico, edición general y revisión estuvo a cargo de integrantes del equipo de DIGECOOR central.

## 2. Planes de contingencia

Dentro del cometido principal del MSP de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de nuestro país se observan como cometidos sustantivos: a) analizar la situación de salud de la población relevando la información clínico epidemiológica, instrumentando y manteniendo actualizado el sistema nacional de información y vigilancia en salud, y la producción de estadísticas sectoriales y, b) planificar las políticas de salud de la población, utilizando la información analizada,

los problemas prioritarios detectados y los distintos agentes vinculados al sector salud del país. (2) En este marco el MSP elaboró los planes de contingencia Covid-19 que orientaron y organizaron el trabajo en territorio contribuyendo de esta manera a mejorar las prácticas territoriales de las DDS.

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la salud de China informaron sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la provincia de Hubei, con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin poder identificar la fuente del brote.(3) Unos días después las autoridades identificaron como agente causante del brote a un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, el SARS-CoV-2. La enfermedad causada por este virus es la Covid-19.

El virus se diseminó rápidamente y, a fines de enero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó al evento como un evento de salud pública de importancia internacional (ESPII).

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

En esta línea y siendo responsabilidad del MSP liderar la respuesta nacional, realizar la evaluación de riesgo y definir la necesidad de convocar a otros organismos para la respuesta multisectorial, el 6 de marzo las autoridades sanitarias se reunieron con instituciones vinculadas con la salud, con la academia y del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), para prever acciones ante la posibilidad de ingreso del SARS-CoV-2 al país. Se establecieron subgrupos de trabajo y de revisiones, y se adjudicaron las responsabilidades.

Se vio la necesidad de fortalecer el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) como un componente del fortalecimiento del sistema de salud, incluyendo las capacidades básicas detalladas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). (4) Se decidió fortalecer la Red Nacional de Vigilancia para responder a la Covid-19. Para eso se adaptaron sistemas y estructuras existentes, como el sistema de gestión web SG-DEVISA (Departamento de Vigilancia en Salud), el sistema de vigilancia de enfermedades respiratorias con centros centinelas y el Plan Invierno, y se realizaron las definiciones operacionales para casos sospechosos, confirmados y contactos.(5)

Para abordar estos desafíos, en la estrategia se asume la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, ampliando el acceso equitativo a servicios integrales. También, ofrece orientación sobre políticas que garantizarán sistemas de salud que tengan capacidad de respuesta y sean adaptativos frente a los riesgos inmediatos y a corto plazo para la salud de la población. Así, se destaca la necesidad de que los países fortalezcan el ejercicio de las FESP como un componente del fortalecimiento de los sistemas de salud, incluyendo las capacidades básicas detalladas en el RSI.

## 2.1. Plan Covid-19

Por plan de contingencia se entiende al conjunto de procedimientos e instrucciones alternativas a las condiciones operativas normales de la empresa, de forma que se permita el funcionamiento de esta a pesar de que algunas de sus funciones dejen

de hacerlo por culpa de algún incidente o ciertas condiciones externas ajenas a la organización.(6)

Tal como se mencionó anteriormente, con base en una oportuna división del trabajo entre los actores de la salud, de la academia y del SINAIE, se elaboraron cuatro documentos que constituyen el *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (Covid-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)*.(7) Estos cuatro documentos son: *Lineamientos para la gestión de la respuesta, Medidas de prevención y control, Vigilancia y diagnóstico laboratorial, Flujograma de trabajo*. Este plan tiene como «objetivo definir el marco de respuesta nacional ante la identificación de casos sospechosos o confirmados de Covid-19, promover la coordinación interinstitucional de la respuesta, mantener un flujo de información confiable y oportuna y regular las acciones y procedimientos que deben adoptarse para cada etapa».(7) Incluye «la evaluación de riesgo para el país, los escenarios epidemiológicos posibles en caso de brote, los niveles de respuesta y las acciones en cada uno de ellos».(7)

Ante una enfermedad sobre la cual, en un primer momento, había mucha incertidumbre respecto de los mecanismos de transmisión, morbilidad y mortalidad, la evaluación del riesgo debía ser periódica y actualizarse con las nuevas evidencias. Para la evaluación del riesgo se tomaron en consideración «las características del agente y su capacidad de propagación, la vulnerabilidad de la población, la extensión geográfica de los casos y las conexiones comerciales y turísticas, la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de medidas de prevención y control y las recomendaciones de la OMS».(7)

Según la evaluación de riesgo para Covid-19, la respuesta se clasifica en tres niveles: primer nivel de alerta y preparación, segundo nivel de riesgo inminente de propagación, y tercer nivel de respuesta coordinada multisectorial nacional.

### 2.1.1. Lineamientos para la gestión de la respuesta

En *Lineamientos para la gestión de la respuesta* (7) se leen las directrices que se trazaron para hacer frente a la pandemia. Las acciones en cada uno de los niveles se detallan para las áreas de vigilancia, laboratorio, manejo clínico, control de infecciones, vigilancia en puntos de entrada, comunicación de riesgos y gestión.

#### a. Primer nivel. Alerta y preparación

Esta etapa se caracteriza por la inexistencia de casos confirmados de Covid-19 en el país, habiendo circulación sostenida del virus en otras áreas geográficas. Se trata de una etapa de preparación y de elaboración de protocolos con énfasis en las capacidades para detectar, investigar y manejar casos sospechosos, y en las actividades de información al personal de la salud y población en general. Se indican a continuación algunas de las acciones principales en cada área.

En el área de vigilancia se puede mencionar que se dispuso actualizar en forma permanente la situación internacional del evento y las recomendaciones de la OMS y de otras organizaciones internacionales sobre prevención, control y manejo de los casos; elaborar y difundir protocolos y la herramienta para la notificación de casos sospechosos; revisar sistemáticamente las definiciones de caso ante nueva evidencia; capacitar a los equipos departamentales de epidemiología en la investigación y monitoreo de probables casos sospechosos; monitorear la información en medios de comunicación, entre otras acciones.(7)

En el área de laboratorio las acciones planteadas fueron en dirección de establecer protocolos de diagnóstico de casos sospechosos, asegurar la disponibilidad de diagnóstico por RT-PCR, establecer el flujo y condiciones de transporte de muestras de los laboratorios de análisis clínicos al Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DLSP), monitorear los resultados del diagnóstico, y definir los criterios de selección de las muestras para el envío al laboratorio de referencia internacional (Center for Disease Control de Atlanta, EEUU).(7)

En lo que refiere a las medidas para el control de las infecciones se dispuso difundir procedimientos de control en los prestadores de salud, orientar y fomentar el correcto uso del equipo de protección personal (EPP) para la atención de casos sospechosos o confirmados de Covid-19, y promover estrategias para fortalecer la adhesión a la vacunación antigripal y antineumocócica.

En cuanto a las medidas para la atención sanitaria se fomentó en los prestadores de salud el desarrollo de protocolos internos, la adopción de protocolos y recomendaciones del MSP, el fortalecimiento de las capacidades de la institución para el manejo de los casos y la elaboración de guías clínicas.

En atención a las disposiciones contenidas en el RSI, el plan dispuso el desarrollo de material informativo para viajeros y la formación y actualización del personal que trabaja en los puntos de entrada al país en control y prevención de Covid-19.

Finalmente, en este nivel de alerta y preparación, se previó que, en materia de comunicación de riesgos, se definieran las vocerías ante los medios y las formas de actualización de información a la ciudadanía. En cuanto a las acciones de gestión, una de las principales fue la promoción de la integración de las áreas ministeriales y extraministeriales involucradas en la respuesta a la pandemia.

#### **b.** Segundo nivel. Riesgo inminente de propagación

Esta etapa se caracteriza por la existencia de uno o más casos importados de Covid-19, pero sin evidencia de transmisión activa en el territorio nacional. Las estrategias se dirigen a una identificación oportuna de casos sospechosos y situaciones de brote y a evitar que el virus se transmita. Se trabaja en la «implementación de los protocolos y procedimientos previamente elaborados, la coordinación interinstitucional, la provisión de insumos y la comunicación permanente de la situación epidemiológica y de la evolución de los casos».(7)

Al igual que en el nivel uno, en este nivel las acciones se establecen por áreas. Se mencionan algunas a continuación.

Para hacer una estricta vigilancia se decidió investigar y controlar los posibles casos sospechosos de Covid-19 y realizar una revisión sistemática de las definiciones de vigilancia ante nueva evidencia o recomendaciones de la OMS. Se dispuso proporcionar equipos de respuesta rápida en todo el territorio nacional para investigar casos confirmados y monitorear casos sospechosos, además de realizar el seguimiento y monitoreo de los contactos según el protocolo establecido y registrar toda la información referente a la características de los casos, su evolución y los contactos identificados. La emisión de alertas y actualización de la situación epidemiológica global y nacional también fue otra acción recomendada en el plan.

Continuando con las acciones sobre seguimiento de casos de Covid-19, se dispuso articular con la red de servicios públicos y privados para la detección y notificación.

A la vez, se decidió orientar a las instituciones que concentran grupos de población en las medidas de control y prevención y procedimiento ante la aparición de un caso sospechoso de Covid-19.

En el área de laboratorio, se dispuso implementar acciones para asegurar el adecuado flujo de comunicación de los resultados para la adopción de medidas de prevención, control y tratamiento, y aplicar protocolos de diagnóstico de SARS-CoV-2 siguiendo a la OMS.

Se fortalecieron las medidas para el control de infecciones y para la atención sanitaria. En este sentido, se decidió trabajar con los prestadores de salud para difundir procedimientos de prevención y control de infecciones, orientar en el correcto uso de EPP, y promover la adhesión a la vacunación antigripal y neumocócica.

En lo que refiere propiamente a las medidas para la atención sanitaria, se instó a los prestadores de salud a ejecutar sus protocolos, flujos y rutinas para la recepción, notificación, atención, prevención y medidas de control; implementar los protocolos de manejo clínico; tomar provisiones en recursos humanos y materiales para el aumento de consultas en los servicios de atención prehospitalaria y en los servicios de urgencia y emergencia; promover la atención ambulatoria con aislamiento domiciliario; aumentar la disponibilidad de camas en CTI. Asimismo, atendiendo al derecho de información de la población y la correcta comunicación de riesgos, se consideró necesario informar al paciente y sus convivientes de las medidas a implementar en el domicilio para evitar la propagación de la enfermedad.

En consonancia con las disposiciones establecidas en el RSI, se procedió a reforzar la difusión de las medidas de prevención y control dispuestas para este nivel de alerta. Se puso énfasis en promover el conocimiento de los flujos de información sobre la tripulación y pasajeros en los puntos de entrada, especialmente cuando fuera necesario investigar contactos de casos sospechosos o confirmados de Covid-19.

Las acciones en comunicación de riesgos siguieron en la línea de mantener informada a la población y a los equipos de salud sobre la situación epidemiológica, protocolos y otros procedimientos. En lo que respecta a la gestión, se procedió a conformar la Unidad de Monitoreo, Alerta y Respuesta para gestionar la respuesta.

### **c.** Tercer nivel. Respuesta coordinada multisectorial nacional

Esta etapa se caracteriza por la transmisión local comunitaria o sostenida del virus en el territorio nacional. Se hace énfasis en asegurar la adecuada y oportuna asistencia de los casos de Covid -19 en todos los niveles de atención. Se adoptan medidas de atención hospitalaria para casos graves y medidas restrictivas de aislamiento individual y domiciliario para casos leves.

En lo que refiere a las acciones dispuestas para cada una de las áreas intervinientes, se dispuso asegurar información de vigilancia oportuna y de calidad para caracterizar y monitorear el evento a nivel nacional. De igual manera se dispuso mantener actualizada a la población, a profesionales y a prestadores de salud sobre la situación nacional, y realizar las comunicaciones internacionales por medio del Centro Nacional de Enlace (CNE).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> El CNE es una unidad de «inteligencia» epidemiológica y sanitaria que integran la DIGESA y OPS.

Como pilar fundamental se procedió a fortalecer el soporte de laboratorio para asegurar la ejecución de los flujos para el diagnóstico, monitorear resultados y orientar a los laboratorios de análisis clínicos en el uso e interpretación de kits de diagnóstico.

En el ámbito de las medidas para la atención sanitaria, se estableció apoyar el funcionamiento y organización de la red de atención y garantizar la protección de los equipos de salud.

En los puntos de entrada al país se fortalecieron o reforzaron las medidas sobre las pautas de ingreso, la investigación de casos sospechosos, confirmados y contactos y el uso de equipos de protección personal.

En la comunicación de riesgos se destaca la promoción de las conferencias de prensa a cargo de las vocerías instaladas y las asociaciones con la red de medios para enviar mensajes con información actualizada.

En materia de gestión, se dispuso conformar y activar el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COE-Salud), organizar los flujos de información diaria y las actualizaciones para la reunión informativa y el informe del COE, y promover la educación para la salud relacionadas con la promoción, prevención y control del virus SARS-CoV-2.

### 2.1.2. Medidas de prevención y control

Teniendo presente que el comportamiento del SARS-Cov-2 está en permanente observación y análisis y por tanto sujeto a nueva evidencia científica, avance en el conocimiento de la enfermedad y evolución del brote, se considera que los coronavirus se transmiten principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones infectadas. También podrían transmitirse por aerosoles en procedimientos terapéuticos que los produzcan.

En función de lo anterior el plan incluye acciones en los servicios ambulatorios, en áreas de internación y en el traslado de pacientes.

#### Servicios ambulatorios

Las medidas que se mencionan a continuación deben ser implementadas en el primer punto de contacto con las personas potencialmente infectadas. En los casos en que se defina asistencia domiciliaria debe garantizarse las condiciones de aislamiento y ventilación de habitaciones y que tanto pacientes como convivientes apliquen en forma correcta las medidas de prevención y control. Las medidas se ordenan por áreas de espera y recepción, y durante la atención de pacientes.

 **Áreas de espera y recepción.** Se recomienda colocar alertas visuales a la entrada de los servicios ambulatorios, en lenguaje claro y comprensible, con instrucciones a los pacientes y acompañantes para que al registrarse informen si presentan síntomas de infección respiratoria, lo que implica la implementación de triage. Para el público en general se recomienda colocar alertas visuales o carteles sobre etiqueta de tos e higiene de manos.

Respecto de la higiene respiratoria y etiqueta de tos las medidas incluyen cubrir la nariz y la boca al toser o estornudar con pañuelo desechable o parte interior del codo; usar pañuelo para contener las secreciones y

descartarlos en un recipiente o bolsa de plástico después de su uso; realizar higiene de manos después de tener contacto con secreciones respiratorias y objetos o materiales contaminados.

En lo que refiere a la sala de espera de los pacientes, los servicios de salud deben asegurar la disponibilidad de los materiales, proporcionar dispensadores de alcohol-gel en corredores para higiene de manos de enfermos y familiares, proporcionar recipientes para descarte de pañuelos e idealmente, dispensador de pañuelos descartables.

En lo que refiere a la atención a personas que consultan por cuadros respiratorios, durante su estancia en salas de espera o sus traslados en las instalaciones de los servicios y durante su estancia en áreas de cohorte de pacientes sospechosos o confirmados, se recomienda ofrecer mascarilla con pieza amoldable a la nariz, conocida también como mascarilla quirúrgica o tapabocas.

Las mascarillas contribuyen a disminuir la transmisión de los virus respiratorios. Las mascarillas deben tener alta resistencia a los fluidos, buena transpirabilidad, las caras internas y externas deben estar claramente identificadas y un diseño estructurado que no se colapse contra la boca.

Separación de personas con síntomas respiratorios. Se recomienda en la medida de las posibilidades edilicias, separar el sitio de atención de casos de personas con y sin sintomatología respiratoria. Si no es posible, se recomienda una separación de por lo menos un metro entre paciente y paciente.

 *Durante la atención a los pacientes.* El personal asistencial debe aplicar «precauciones por gotitas», por ejemplo, debe usar mascarilla para contacto a menos de 1 metro del paciente, además las «precauciones estándar» cuando examinen pacientes con síntomas de infección respiratoria.

Se adoptaron medidas en referencia a los equipos de protección personal que deben usar las personas en sus diferentes roles en los servicios de atención ambulatoria. Atendiendo a la instalación edilicia, al rol del profesional y a la actividad que se realiza se deberá utilizar mascarilla común, bata, guantes, guantes gruesos de trabajo e implementos de protección ocular.

Se recomienda el uso racional de los equipos de protección personal (EPP), el uso de la telemedicina para la evaluación de los pacientes, la realización de cambios y mejoras edilicias para evitar el contacto físico en las zonas de *triage*, y la restricción del acceso de los trabajadores de la salud a las salas con pacientes Covid-19 positivos.

## Áreas de internación

Las medidas de prevención y control están dirigidas a pacientes, personal de la salud y ambiente.

- **Con los pacientes.** Además de las precauciones estándar todas las personas (familiares, visitantes, trabajadores de la salud) deben aplicar las precauciones de contacto y gotitas. Frente a la realización de procedimientos generadores de aerosoles tales como intubación traqueal, aspiración traqueal, toma de muestra mediante hisopado nasofaríngeo o faríngeo, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación no invasiva, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes o después de la intubación, broncoscopia, oxigenoterapia de alto flujo o aerolización con nebulizador, implementar medidas de precaución de contacto y aerosoles.

Se recomienda colocar a los pacientes en habitaciones individuales con ventilación adecuada, o en su defecto deberían estar juntos en una misma área todos los pacientes con sospecha de Covid-19 y colocar las camas de los pacientes separadas al menos un metro de distancia. Se debe reducir al mínimo necesario la cantidad de funcionarios y visitas y llevar registro que todos quienes ingresen a la habitación.

- **Con el personal de salud.** Promover un uso racional, correcto y constante del EPP disponible y la adecuada higiene de manos. De ser posible, establecer cohortes de personal que asistan exclusivamente a pacientes con Covid-19.

- **Con el ambiente.** Debe asegurarse la ventilación ambiental adecuada en áreas dentro de los establecimientos de salud. La completa limpieza de superficies ambientales con agua y detergente aplicando desinfectantes de nivel hospitalario de uso común, como el hipoclorito de sodio, es una medida efectiva; prestando especial atención a todas las superficies de contacto con las manos. Demás procedimientos tales como la eliminación de residuos hospitalarios deben realizarse de acuerdo con procedimientos de rutina seguros y al decreto vigente. Los instrumentos utilizados en la exploración del paciente deben desinfectarse con una gasa, torunda o toalla alcoholada.

## Traslado del paciente

- **Dentro del centro asistencial.** Se recomienda evitar los traslados dentro del centro asistencial. En caso de ser necesarios, realizar rutas preestablecidas, colocar al paciente máscara quirúrgica y mantener las precauciones de gotitas y de contacto durante el traslado.
- **Traslado en ambulancia.** El personal involucrado en el traslado debe adoptar las medidas de protección personal. Controlar la correcta ventilación del vehículo para que se produzca el adecuado cambio de aire durante el transporte.

### 2.1.3. Vigilancia y diagnóstico laboratorial

En este documento que compone el *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (Covid-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)* se señala que en Uruguay se realiza en forma regular y sistemática una serie de estrategias de vigilancia de las infecciones respiratorias.

En el contexto de pandemia, se intensificó la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI) incorporando el estudio de coronavirus en las muestras. Los centros centinela de los prestadores públicos y privados que integran el sistema de vigilancia centinela «recogen la información de los pacientes, notifican los casos a través del sistema informático de vigilancia de infecciones hospitalarias del MSP y envían muestras respiratorias al Departamento de Laboratorio de Salud Pública, en donde se realiza el diagnóstico virológico».(7)

Las estrategias de vigilancia incluyen el monitoreo de consultas por infección respiratoria y febril en unidades móviles de todo el país y la vigilancia universal. En el primer caso se trata de un registro aproximado de la situación de los eventos porque las consultas no tienen aún un registro codificado ni estandarizado. En la vigilancia universal vale decir que un caso sospechoso de Covid-19 es un evento de importancia nacional y por tanto requiere la notificación obligatoria establecida por el decreto n.º 41 de 2012.(8)

A continuación este documento del Plan refiere a la vigilancia laboratorial y a las disposiciones respecto de la recolección de muestras (procedimiento, tipo de muestra según se trate de adultos o de niños mayores de 5 años, conservación y empaque), ingreso de muestras en E-Lab, procesamiento, tiempo de respuesta e informe.

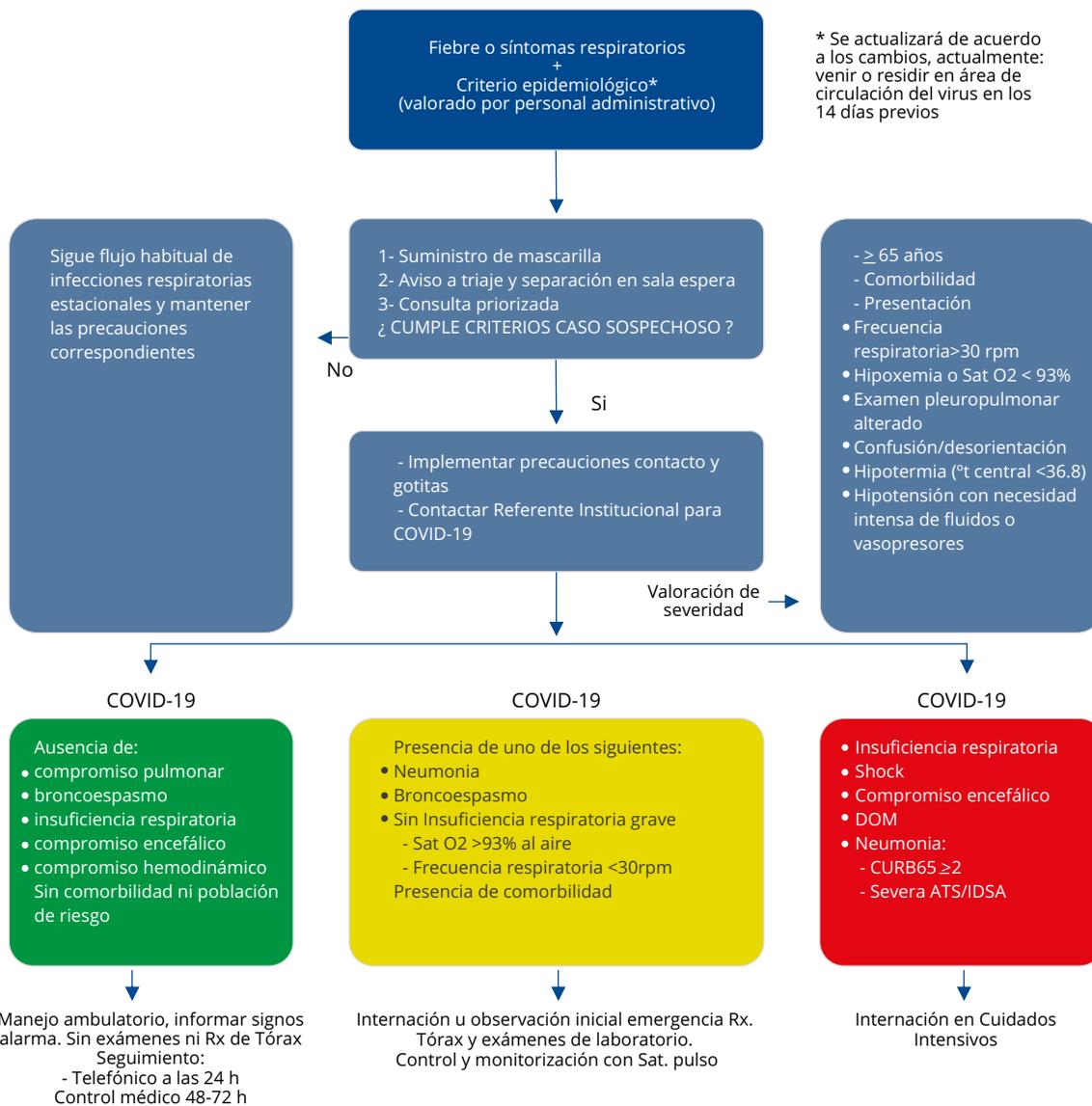
Respecto de la vigilancia en fronteras «Uruguay cuenta con puntos de entrada designados para el RSI, en los que se ha establecido capacidades básicas de alerta y respuesta, tanto en situaciones de rutina como de emergencia»,(7) lo que implica actividades por parte de personal técnico en esos puntos: control de condiciones sanitarias a bordo, emisión de certificados de sanidad marítima, control de declaraciones de salud de la aeronave, procedimientos para la evaluación de los eventos reportados por capitanes de buques y aeronaves, y toma de medidas antes casos sospechosos a bordo (protección personal, condiciones de traslado y de asistencia).

Finalmente en este documento del Plan se leen las medidas para el seguimiento de contactos. Si bien estos procedimientos pueden haber sido modificados y mejorados según la evidencia disponible y la evolución de la situación epidemiológica, a principios de 2020 se consideró contacto a: convivientes de un caso confirmado, personas que tuvieron contacto físico directo o por secreciones infecciosas con un caso positivo, personas que tuvieron contacto cara a cara en un lugar cerrado a menos de 2 metros y por al menos 15 minutos con un caso confirmado, trabajadores de la salud que asistieron un caso confirmado, tripulación de viaje donde hubo un caso confirmado, viajeros que tuvieron contacto con un caso confirmado.

El seguimiento se realiza durante 14 días luego de ocurrido el último contacto con el caso positivo, con automonitoreo de síntomas, consulta inmediata a médico en caso de tenerlos, recomendaciones de aislamiento y la indicación de estudio laboratorial en caso de identificarse el inicio de sintomatología compatible con sospecha de Covid-19.

### 2.1.4. Flujoograma de trabajo

El cuarto documento del *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (Covid-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)* está planteado como algoritmo, es decir, como un conjunto ordenado y finito de pasos y operaciones para dar curso a un problema. En este caso se trata de relacionar síntomas con la atención y el tratamiento adecuado por medio de la convención de pacientes «verde», «amarillo» o «rojo», según se ve a continuación.



Fuente: Tomado del Plan Nacional de Contingencia para la Infección (Covid-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2), Ministerio de Salud Pública, 9 de marzo de 2020.



# Principales eventos mundiales, regionales, nacionales y locales en el marco de la pandemia global por **Covid-19** en el año 2020



**Diciembre / 2019**

01/12/2019  
Primer caso reportado en Wuhan (provincia de Hubei, China).



31/12/2019  
La Comisión Municipal de Salud de Wuhan notifica un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad.



**Enero / 2020**

05  
La OMS publica su primer parte sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus.



09  
El centro chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó un nuevo coronavirus como el agente causante de este brote.



12  
China hace pública la secuencia genética del virus causante de la Covid-19.



13  
Se confirma oficialmente un caso de Covid-19 en Tailandia, el primero registrado fuera de China.



23  
El gobierno de China ordenó el encierro de la provincia de Hubei y el confinamiento de su población.



13  
Primer caso en Salto.



13  
Decreto n.º 093/20: Uruguay declara el estado de emergencia sanitaria nacional.



13  
MSP confirma los primeros cuatro casos de la pandemia.



11  
La OMS declara la pandemia.



04  
Decreto n.º 65: Reglamentación de la ley n.º 18.621 que creó el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE).



03  
Primer caso en Argentina y en Chile.



**Marzo**

25  
Primer caso en Brasil.



**Febrero**

31  
Primer caso en Italia.





Mundiales



Regionales



Nacionales



Locales

16

Primer caso en Montevideo y en Maldonado.



18

Se acordó la complementación de servicios en el Interior y se firma el decreto para la atención domiciliaria en el interior FEPREMI - ASSE. Decreto JUNASA.



20

Presentación de la aplicación CoronavirusUy. Queda operativo el call center único 0800 1919 (acuerdo con Antel).



21

Primer caso positivo en Flores, en Canelones y en Colonia.



23

Decreto n.º 094/20: No se permite el ingreso de personas desde la República Argentina cualquiera fuera la vía o la modalidad, con excepción de los ciudadanos uruguayos y los residentes en el país.



24

Cuarentena preventiva para mayores de 65 años, establecimiento de horario preferencial para hacer compras.



24

Primer caso en Rocha.



31

Decreto n.º 112/20: Cierre temporal de los centros de vacaciones, campings o cualquier otro lugar de similares características, propiedad de alguna dependencia del Estado.



30

Decreto n.º 104/20: Se autorizó exclusivamente el ingreso al país de los ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior (con algunas excepciones).



30

Decreto n.º 103/20: se autorizó el ingreso al país desde territorio brasileño a ciudadanos uruguayos, extranjeros residentes y a quienes acreditaran la calidad de fronterizo.



28

Primera persona fallecida en Uruguay por Covid-19.



25

Decreto n.º 102/20: Se autorizó el ingreso al país de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes en el país provenientes del exterior.



25

Primer caso en Soriano.



**Marzo**

31  
Primer caso en Paysandú.



**Abril**

02  
Primer caso en Lavalleja.



03  
Primer caso en Río Negro.



06  
Comienza la vacunación antigripal en todo el país. Se administraron casi 1 millón de dosis.



08  
Primer caso en San José.



16  
Primer caso en Durazno.



27  
Primer caso en Treinta y Tres.



29  
Se firma entre el MSP y todos los prestadores de salud integrales de Montevideo el Procedimiento de actuación para ELEPEM durante la emergencia sanitaria.



29  
MSP elabora guía para centros de contingencia Covid-19.



**01**

Retorno a las clases presenciales en la educación.



**Junio**

28  
Primer caso en Cerro Largo.



25  
Firma de acta de acuerdo para atención de ELEPEM y asignación de prestador integral en Mercedes (Soriano).



19  
Primer caso en Artigas.



12  
Operativo de desembarco del Greg Mortimer en el puerto de Montevideo.



08  
Se firma entre FEPREMI y ASSE acuerdo de cooperación para la atención en ELEPEM durante la emergencia sanitaria.



07  
Primer caso en Rivera.



06  
Firma de acuerdo entre MSP, APCANU y UTAA para la zafra de la caña de azúcar (Artigas).



**Mayo**

10

Decreto n.º 159: Se agregan excepciones para el ingreso al país (situaciones debidamente justificadas de reunificación familiar y los ingresos transitorios con fines laborales, económicos, empresariales o judiciales).



15

Primer caso en Tacuarembó.



17

Por Resolución n.º 233 del Poder Ejecutivo se aprobó el instructivo para la presentación, evaluación y habilitación de protocolos de salud.



23

Firma de acta de acuerdo para atención de ELEPEM y asignación de prestador integral en Cardona (Soriano).



24

Firma de acuerdo de cooperación MSP-CURE Udelar para la instalación de un laboratorio de biología molecular en Rocha.



26

Acta de la Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Santana do Livramento-Rivera. Medidas espejo en ciudades gemelas.



**Julio**

01

Firma de acuerdo de complementación para atención de ELEPEM y asignación de prestador integral en Dolores (Soriano).



01

Primer caso en Florida.



**Setiembre**

31

Ordenanza n.º 1011 del MSP ratifica con carácter general y obligatorio para todos los ELEPEM el cumplimiento de protocolos y recomendaciones.



31

Firma de convenio de colaboración entre la Udelar-Centro Universitario Litoral Norte, MSP, Intendencia de Salto, Centro Comercial e Industrial de Salto y Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande para estudio en aguas subterráneas, efluentes de piscinas termales y aguas residuales (Salto).



20

Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quaraí-Artigas, Barra do Quaraí-Bella Unión. Medidas espejo en ciudades gemelas.



**Agosto**

21

Decreto n.º 195/20: toda persona que pretenda ingresar al país, cualquiera fuese el medio, debe completar un formulario en carácter de declaración jurada.



**Setiembre**

• DDS Rivera y DDS Cerro Largo: jornadas con entregas de máscaras faciales para personas sordas.



• DDS Florida firma acuerdo para la instalación de un dispositivo para situaciones de violencia doméstica y sexual.



**Octubre**

• DDS Artigas: jornada con entrega de máscaras faciales para personas sordas.



• DDS Lavalleja firma acuerdo para la instalación de un dispositivo para situaciones de violencia doméstica y sexual.



**Noviembre**

• DDS San José, Canelones, Salto y Maldonado firman acuerdos para la instalación de un dispositivo para situaciones de violencia doméstica y sexual.



• DDS Río Negro presenta el protocolo de notificación de eventos epidemiológicos de notificación obligatoria.



• DDS Rocha presenta el documento "Prevención de suicidio y cuidado de la Salud Mental en el marco del COVID- 19".



• DDS de Flores presenta Guía sobre Síndrome de Burnout.



08

Comunicado del MSP sobre los criterios actualizados para la cuarentena en pacientes sintomáticos, asintomáticos y con otros cuadros y situaciones.



**Diciembre**

19

Inauguración de puesto de salud rural en la localidad de Juan José Castro (Flores).



15

Fuerza Aérea Uruguaya traslada equipamiento para instalación de laboratorio biomolecular en el departamento de Cerro Largo.



• DDS de Colonia: jornadas con entregas de máscaras faciales para personas sordas.



## Fuentes utilizadas para la confección de la cronología de eventos:

sitio web Presidencia de la República, marco normativo ([www.presidencia.gub.uy/marconormativo](http://www.presidencia.gub.uy/marconormativo)), Organización Mundial de la Salud, Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS (<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>) y (<https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>), sitio web de la Universidad de la República (<https://coronavirus.udelar.edu.uy/>), sitio web del Ministerio de Salud Pública, Normativa (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa>), Vacunación contra la gripe (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/vacunacion-antigripal-2020-etapas>), Compromisos de Gestión de las DDS 2020, disponible en (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/compromisos-gestion>), Informe de convenios de complementación 2020-2021 elaborado y disponible en DIGECOOR, Desembarco de tripulantes del crucero Greg Mortimer disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-relaciones-exteriores>

## 4. Acuerdos de complementación

### 4.1. Marco general y definiciones

La complementación asistencial es una de las principales estrategias políticas y programáticas que el MSP se ha propuesto para el desarrollo de un sistema de salud que asegure la provisión de servicios para los usuarios con equidad y accesibilidad.

Desde la ley n.º 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, pasando por otras normativas y planes estratégicos del MSP, la complementación asistencial es una definición explícita de la institución. Es un mandato institucional que ha permanecido en el tiempo expresado de distintas formas.

La política y estrategia de complementar involucra a las DDS en tanto son las unidades encargadas de ejercer la rectoría en cada departamento. En este marco, una de las dimensiones que hace al ejercicio de la rectoría en salud radica en armonizar la provisión de servicios de salud. Los acuerdos de complementación siguen un proceso complejo desde su origen hasta su implementación. El rol que desarrollan las DDS en la complementación es diverso y tiene distinta intensidad. Cualquiera sea esta intensidad existe una compleja red de articulaciones y coordinaciones con sistemas institucionales que no está estrictamente definida, en el sentido que todos los procesos transitan relativamente por el mismo camino. Esa complejidad tiene su expresión, a la vez, en la participación de distintos ámbitos técnicos y políticos del MSP para la elaboración, definición e implementación de un acuerdo de complementación, de coordinación o un tipo contractual en la prestación de servicios de salud.

Los acuerdos incluyen distintas modalidades de cooperación entre partes diversas con la finalidad de actuar en alguna de las dimensiones de la salud de la población (en particular, la dimensión sanitaria). La coordinación entendida como la concertación de medios y esfuerzos para una acción común difiere de la complementación que se define como la acción de complementar o de dar complemento a algo, siendo que complemento es una cualidad o circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra. Además de la complementación propiamente dicha o la coordinación de servicios y recursos, la ley establece que los prestadores pueden contratar entre sí o con terceros para brindar las prestaciones a las que están obligados.(9)

Un sistema de salud puede definirse como un conjunto de organizaciones, instituciones, colectivos e individuos que se organizan por medio de planes y programas para mejorar la salud individual y colectiva. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

En nuestro país la iniciativa de la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud tiene como objetivo implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.

Para definir complementación es oportuno considerar el contenido de la trigésima cuarta cláusula del contrato de gestión que refiere específicamente a la «Complementación de servicios y acciones de salud» (Decreto n.º 081/12).(10)

El numeral 1 de esta cláusula define la complementación como: «la instalación y/o coordinación en territorio, con carácter permanente, de servicios y acciones en salud a partir de recursos humanos y/o materiales pertenecientes a las instituciones que acuerden y presten atención a la población usuaria de ellas o al conjunto de los habitantes de la localidad/territorio según se defina».

En una misma dirección la Federación Médica del Interior (FEMI) formuló en 2012 una definición de complementación como conjunto formal de relaciones colaborativas de carácter voluntario entre dos o más instituciones aseguradoras-prestadoras de salud integrantes del SNIS, que tiene por objeto mejorar la cobertura de salud o el acceso a servicios y prestaciones sanitarias destinadas a la población residente en una localidad o región, mediante mecanismos de acuerdo diversos que dan lugar a una nueva institucionalidad, en que cada parte interviniente mantiene la responsabilidad por la atención de sus asegurados.(11)

Por su parte, la OPS enmarca la complementación en una red integrada de servicios de salud que define como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve».(12) Servicios que en muchos casos se prestan mediante una simulación de beneficios que otorga el derecho de propiedad común de los activos. A esta simulación se la denomina complementación y la misma puede darse entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, tanto públicas como privadas.

Existe una multiplicidad de causas que pueden llevar al sistema a la necesidad de suscribir acuerdos de complementación, pero entre las principales se destacan: la necesidad de mejorar la accesibilidad, dar una utilización más eficiente a los recursos instalados a nivel local o regional, dotar de una mayor eficacia a las acciones al instalar nuevos servicios, dar un mayor aprovechamiento a los recursos de las instituciones.

La complementación debe entenderse como un acuerdo colaborativo de carácter voluntario en consonancia con la competencia de las partes que no colisiona con la competencia entre ellas. Supone el nacimiento de un nuevo servicio y la instrumentación de una nueva institucionalidad que debe ser formalmente documentada con herramientas legales y acuerdos que contengan las formas de gobierno y gestión del emprendimiento, las responsabilidades asistenciales, jurídicas y económicas de las partes, el modelo y régimen de gestión de los recursos humanos, y la fuente de financiación de esa nueva realidad.

#### **4.2. Rol de la DIGECOOR en la complementación**

Durante 2020 la DIGECOOR mantuvo una activa intervención para la firma de acuerdos de complementación en el marco de la emergencia sanitaria nacional. Cada proceso se inició por medio de una necesidad identificada en territorio y se realizaron las gestiones necesarias hasta lograr un texto escrito que las reflejara. Así, se llevaron a cabo acuerdos para la instalación de centros de contingencia, para la atención en los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) de todo el país, para la realización de estudios diagnósticos y para el control y seguimiento en fronteras.

Para avanzar en cualquier tipo de complementación debe existir ánimo real de complementar por parte de los actores en juego; este ánimo se traducirá en

un análisis de las prestaciones a complementar y la viabilidad del acuerdo. La normativa vigente faculta a las partes para que puedan complementar servicios y extender la red de salud en atención al espíritu de la ley n.º 18.211, pero las disposiciones allí contenidas no son preceptivas, no obligan a las partes a unirse en una convención.

Los textos borradores de estos acuerdos fueron enviados a la DIGECOOR por cada DDS para ser analizados desde el punto de vista sanitario (necesidad del servicio, equivalencia entre las prestaciones, no superposición de servicios existentes, otros). De oficio se observan detalles de forma tales como la comparecencia, la legitimación de los comparecientes, y se realizan consultas con distintas unidades organizativas del MSP para evacuar dudas sobre competencias, marco legal, entre otros. Cumplidos los pasos anteriores se obtiene un texto mejorado que, de tener modificaciones, es devuelto a las partes por medio de cada DDS. Una vez aprobado el texto por todas las partes se envía desde DIGECOOR al Departamento Notarial del MSP cuando el compareciente es el MSP o a la Junta Nacional de Salud (JUNASA), si corresponde. El proceso se completa con el envío a la dirección departamental de Salud para articular con las partes en territorio la firma del acuerdo. Finalmente, se registra en la base de datos de la DIGECOOR.

Los gobiernos departamentales pueden acordar, entre sí y con el Poder Ejecutivo, así como con los entes autónomos y los servicios descentralizados, la organización y la prestación de servicios y actividades propias o comunes, tanto en sus respectivos territorios como en forma regional o interdepartamental. Este ha sido el caso de muchos de los acuerdos firmados en 2020.

En el sector salud existe una larga tradición en materia de complementación de servicios que ha permitido en diversos contextos mejorar la atención a la salud sin que esto suponga una exorbitante utilización de recursos. En el interior del país esa tradición se da, muy habitualmente, por medio de acuerdos de palabra que eventualmente se consolidan en textos escritos. Es objetivo de la DIGECOOR propender a la formalización de estos acuerdos, la actualización de los existentes para contemplar cambios y ajustes y la generación de nuevos acuerdos según necesidades. En este marco la DIGECOOR diseñó y desarrolló una base de datos en la que recupera por distintas vías y registra los acuerdos existentes por medio de una batería de datos. A partir de esta base de datos se diseñó y desarrolló un software para mejorar la calidad de los registros y manejar su actualización en tiempo real.

#### 4.3. Acuerdos 2020

En 2020 y tras la declaración de emergencia sanitaria nacional se firmaron 14 acuerdos de complementación y se gestionaron para la firma otros 15. La gran mayoría de los acuerdos firmados (13) responden, como es de prever, a acciones relacionadas con la Covid-19. No obstante, también se realizaron acuerdos para mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud en otras áreas, como el primer nivel de atención, por ejemplo. Los números responden a los acuerdos que siguieron el proceso que se describe más adelante, pero si se suman los acuerdos que se realizaron mediante actas firmadas en territorio, por ejemplo, e incluso los acuerdos «de hecho», la cifra se duplica.

En contexto de pandemia es primordial la complementación para mejorar la cobertura de salud y el acceso a servicios y prestaciones y optimizar los recursos disponibles, pero no solamente, ya que se lograron acuerdos para proteger a las

personas en situación de vulnerabilidad por no contar con lugares apropiados para realizar las cuarentenas, y también, para mejorar la capacidad de diagnóstico descentralizado. En esta situación sanitaria los servicios funcionan a su máxima capacidad y deben dar respuestas a nuevas circunstancias y demandas que no están presentes o contempladas en un contexto prepandémico. Estos acuerdos también significaron estrategias para no saturar al sistema sanitario. En el capítulo final de esta publicación se retomará sobre la herramienta de la complementación como buena práctica de la DIGECOOR.

Los acuerdos logrados en el marco de la pandemia por Covid-19 pueden agruparse en estas áreas temáticas: atención y seguimiento domiciliario, investigación y diagnóstico, ELEPEM, centros de contingencia y frontera. En cada una de estas categorías se destacan algunos acuerdos, a continuación.

### Atención y seguimiento domiciliario

1. Acuerdo entre MSP, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, ASSE y la Intendencia Municipal de Montevideo. Acordaron realizar en su calidad de prestadores de salud del sector público, acciones de complementación, integración e intercambio recíproco de servicios con la finalidad de realizar un seguimiento domiciliario de pacientes mayores de 5 años con sospecha o cursando Covid-19 que no constituyan urgencias y emergencias. Base territorial: Montevideo y Área Metropolitana de acuerdo con los límites fijados por la RAP Metropolitana de ASSE. Se conforman equipos asistenciales y para la toma de muestras. Aportes de las partes: Dirección Nacional de Salud FFAA, 1 médico, 1 personal de enfermería y vehículo con chofer por día, de lunes a domingo de 8 a 18 horas; Sanidad Policial, 1 médico, 1 personal de enfermería y vehículo con chofer por día, de lunes a domingo de 8 a 18 horas; Intendencia de Montevideo, 3 vehículos con chofer por día, de lunes a domingo de 8 a 18 horas; ASSE, 3 médicos, 3 personal de enfermería y 3 vehículos con chofer, por día, de lunes a domingo de 8 a 18 horas. Los equipos asistenciales se conforman con médico, vehículo y chofer y siempre que sea posible 1 personal de enfermería.(13)

2. Acuerdo entre MSP, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, ASSE, IAC, MUCAM Treinta y Tres, ANEP y la Intendencia de Treinta y Tres. Se brinda a los usuarios de los servicios de salud antes mencionados, un número telefónico 0800 para concentrar todos los llamados de los pacientes con síntomas respiratorios y realizar así un *triage* administrativo. La línea es atendida por equipos administrativos de la intendencia (entre las 6 y las 14 horas), Jefatura de Policía (entre las 14 y las 22 horas) y Batallón de Infantería Mecanizada (entre las 22 y las 06 horas). En caso de requerir atención médica se envía un equipo médico para atención domiciliaria con médico, chofer y eventualmente personal de enfermería, de lunes a domingo entre las 8 y las 18 horas. El personal médico es aportado por ASSE, IAC, MUCAM. Los móviles los aportan ANEP, Jefatura de Policía y Batallón de Infantería.(14)

3. Acuerdo entre el MSP, ASSE, Intendencia de Lavalleja y el Ministerio de Defensa Nacional. En atención del nuevo rol de Hospital Regional Covid asignado al Hospital Departamental de Lavalleja, con la finalidad de brindar apoyo a él, se celebró un acuerdo para implementar acciones de complementación e integración de servicios, tendientes a realizar un seguimiento domiciliario de pacientes mayores a 5 años con sospecha y/o cursando la Covid-19 que no constituyan urgencias y emergencias. La base territorial es la ciudad de Minas. Se conformaron equipos asistenciales y para la toma de muestras. Aportes de las partes: Intendencia de Lavalleja, médico, pediatra 3 horas semanales para emergencia, enfermería y vehículo con chofer las 24 horas; Ministerio de Defensa Nacional, División de

Ejército n.º 4 Servicio Sanitario Territorial, 5 médicos, 1 por día 4 horas diarias; Ministerio de Defensa Nacional, Dirección General de Atención Periférica, pediatra 10 horas semanales; RAP-ASSE, 3 médicos, 1 por día, 3 horas diarias. Hospital de Minas: recursos humanos y materiales. Los equipos asistenciales se conforman con médico, vehículo y chofer y siempre que sea posible 1 personal de enfermería.(15)

4. Se destaca finalmente en este punto que están en proceso de renovación acuerdos entre ASSE y el Círculo Católico y ASSE y el CASMU para camas CTI de adultos brindadas por los prestadores privados.

### Investigación y Diagnóstico

En el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde el testeo masivo era una de las principales herramientas para intentar mitigar la transmisión de la enfermedad, la habilitación de laboratorios de biología molecular fue clave. Gracias a ello se pudo, a nivel local y regional, tener pruebas diagnósticas de forma masiva y rápida, lo que facilitó pensar medidas para frenar los contagios y demás acciones que se derivaban de un diagnóstico positivo.

1. El Ministerio de Salud Pública y la Udelar tienen amplia trayectoria de trabajo en conjunto, que se enmarca en un Convenio Marco firmado en 1998 donde se integra lo docente asistencial para la promoción, atención en salud y formación profesional. En este marco se firmó acuerdo entre el MSP y la Udelar a los efectos de montar un centro de diagnóstico de Covid-19 en el Centro Universitario Regional del Este (CURE), sede Rocha, en el laboratorio de ecología molecular. Fue de responsabilidad del MSP habilitar este laboratorio y hacer llegar las muestras para análisis por medio de la DDS Rocha. El CURE recibe y procesa las muestras, entrega informes diagnósticos a la DDS Rocha en un lapso menor a 36 horas.(16)

2. Aguas termales. Salto. Estudiar la calidad de las aguas termales para realizar actividades en ellas en forma segura fue el puntapié para el acuerdo firmado en agosto de 2020 entre la Udelar-Centro Universitario Litoral Norte (Udelar-CENUR), el MSP, la Intendencia de Salto, el Centro Comercial e Industrial de Salto y la Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande. Este acuerdo tiene por finalidad unir esfuerzos de carácter interinstitucional para la realización de acciones conjuntas tendientes a aportar información relativa a parámetros físicos, químicos y microbiológicos en aguas subterráneas, efluentes de piscinas termales y aguas residuales correspondientes a las zonas termales de Salto, tanto en centros públicos como privados, de manera de proporcionar información técnica para la toma de decisiones en la materia y estándares sobre la calidad y condiciones de bioseguridad de las aguas termales del departamento. Específicamente se buscó realizar en forma inicial un estudio basal de aguas de partes termales municipales y privados que demuestren estar libres de coronavirus, efectuar un monitoreo coherente, periódico, en principio semanal, de las aguas termales, pozos someros y aguas residuales, y comunicar a la población por vía oficial las actividades cumplidas y los resultados obtenidos.(17)

### Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)

1. El 15 de mayo de 2020 se firmó acuerdo entre la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) y ASSE para la coordinación de la atención de los usuarios residentes en ELEPEM de las localidades del interior del país (más de 5.000 habitantes). El objetivo del acuerdo fue realizar acciones del primer nivel de atención consistentes en prevención, diagnóstico precoz, asesoramiento, coordinación para prescripción de medicamentos, extensión de recetas y seguimiento de usuarios de ELEPEM siendo indiferente a qué prestador pertenezca el usuario. Este convenio

fue de mucha importancia para optimizar recursos y mejorar la atención de uno de los sectores más vulnerables en contexto de pandemia. Era realmente primordial prestar especial atención a esta población. A cada ELEPEM se le asignó un prestador de salud para hacerse cargo de sus residentes de acuerdo con lo expresado anteriormente. Con base en este acuerdo se desarrollaron y firmaron acuerdos departamentales organizando la tarea asistencial en ELEPEM.(18)

2. El 29 de abril de 2020 se firmó el acuerdo para el procedimiento de actuación en ELEPEM en el marco de la emergencia sanitaria. Este acuerdo tiene por objetivo un procedimiento de seguimiento y vigilancia en ELEPEM y alcanza a todos los establecimientos que alojan personas mayores en el departamento de Montevideo, su alcance temporal está dado por el fin de la emergencia sanitaria y su alcance subjetivo es el de las personas residentes en ELEPEM asignadas sospechosas o confirmadas como portadoras de Covid-19. El acuerdo establece las siguientes responsabilidades para cada una de las partes. MSP: brinda los datos del ELEPEM (dirección, teléfono, dirección técnica y titular) e informa si está categorizado como de riesgo sanitario; aporta toda información relevante para una adecuada atención; garantiza un medio de comunicación directo, rápido y eficaz. Dirección técnica, encargado o titular de ELEPEM: asegura la existencia y utilización de todos los equipos de protección personal que se requieran y la aplicación de los protocolos; coordina y está presente (en lo posible) en la primera visita que se realice en la institución a su cargo y en todas las instancias que lo requieran; facilita al prestador actuante la información de organización, población, características, antecedentes y demás datos del ELEPEM, de su equipo técnico, de trabajo y de los residentes; recibe y hace cumplir las indicaciones y recomendaciones que se le realicen; suscribe todas las comunicaciones y notificaciones que le realice el personal técnico del PA. Prestador asignado (PA): realiza el seguimiento y vigilancia sanitaria del ELEPEM asignado con acciones de prevención, diagnóstico precoz y seguimiento clínico de pacientes Covid-19; informa al MSP sobre sus actuaciones; comunica al MSP en forma inmediata si detecta riesgo sanitario para que el ministerio actúe según la ley n.º 17.066; coordina con el prestador de origen del usuario (PO) las prestaciones asistenciales y prescripción de medicamentos que correspondan a pacientes Covid-19 positivos; optimiza la concurrencia de otros técnicos al ELEPEM priorizando la actividades de telemedicina. Prestador de origen (PO): cumple las obligaciones y prestaciones que deriven de la aplicación del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS); realiza el tratamiento de sus usuarios calificados como Covid positivos; traslada e interna a los pacientes residentes en ELEPEM diagnosticados como Covid-19 (clasificados amarillo o rojo). El acuerdo también establece que es responsabilidad del prestador asignado determinar la necesidad de hisopado e informar al prestador correspondiente al residente, y le compete comunicar al MSP aquellas situaciones donde no fuera posible el aislamiento con garantías sanitarias.(19)

Tanto en los acuerdos generales como en los particulares, la DIGECOOR a través de sus DDS tuvo un rol fundamental en lo que hace al control de los procedimientos acordados, la coordinación de los prestadores públicos y privados y al reparto equitativo de la atención en los establecimientos entre los prestadores.

### Centros de contingencia

Los acuerdos en esta categoría pueden dividirse en aquellos que implican centros de contingencia gestionados por la Cruz Roja Uruguaya y los comodatos para cesión de instalaciones y mobiliario.

1. Respecto de los primeros, se trata de acuerdos de cooperación para la

operación y gestión de los centros de contingencia que se firmaron en Rocha, Rivera y Montevideo. El objeto de estos convenios es regular las actividades a desarrollar en el centro de contingencia. Se entiende por tal al espacio destinado a alojar personas que aguardan el resultado del hisopado o bien que se encuentra con Covid positivo en cuarentena.

2. Respecto de los segundos, se trata de comodatos para cesión de uso de inmuebles con el fin de atender la necesidad de alojamiento a personas que requieran aislamiento por sospecha o que estén cursando Covid-19. Estos comodatos se firmaron con la Iglesia Católica Apostólica Romana y con CAMOC IAMPP Colonia.

## Frontera

En esta categoría se destacan los acuerdos firmados por las delegaciones de Uruguay y Brasil en los departamentos de Artigas y Rivera. En el caso de Artigas se firmó el Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quaraí-Artigas, Barra do Quaraí-Bella Unión. El acuerdo incluye una vasta serie de medidas de control sanitario y epidemiológico: compartir información sobre la situación epidemiológica de cada localidad; intercambiar boletines epidemiológicos, coordinar orientaciones de vigilancia, elaborar y divulgar materiales de salud, capacitar red de vigilancia local, confeccionar listado común de los equipos de protección personal (EPP), elaborar material informativo para viajeros. Se acordó que el test PCR podría exigirse o no de acuerdo con la situación sanitaria y que sí se exigiría comprobante de residencia o el documento especial fronterizo. Se acordaron las medidas para el control, seguimiento y atención de casos sospechosos y confirmados y el protocolo para los establecimientos comerciales. Asimismo, la delegación uruguaya ofreció a las autoridades de Quaraí y Barra do Quaraí, test de RT-PCR donados por el Instituto Pasteur.(20)

En el caso de Rivera se firmó el Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Rivera-Santana do Livramento, que es el antecedente inmediato del acuerdo firmado en Artigas, por el cual se sentaron las bases para el control y seguimiento sanitario y epidemiológico «en espejo» con sus definiciones y medidas.(21)

En este apartado sobre las actividades en frontera se destaca como experiencia exitosa de la DIGECOOR el acuerdo al que se llegó en Bella Unión para la zafra de caña de azúcar. Ante la necesidad de continuar con las actividades de la industria nacional conciliando el desarrollo de las actividades con la llamada «nueva normalidad», y a los efectos de extremar las medidas de seguridad para minimizar el impacto del SARS-CoV-2, el 6 de mayo de 2020 se reunieron en Bella Unión, el ministro de Salud Pública, la directora general de Coordinación, el director de la DDS Artigas, el alcalde del Municipio de Bella Unión, la Asociación de Plantadores de Caña de Azúcar del Norte Uruguayo (APCANU) y la Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (UTAA).(22)

Dado que en la zafra participan trabajadores de Brasil y que ese país tenía una complicada situación de circulación del virus SARS-CoV-2, con el asesoramiento de la DIGECOOR (directora general y asesora epidemiológica) se acordó un protocolo por el cual los trabajadores procedentes de Brasil debieron realizar una cuarentena obligatoria de al menos 6 días e hisopado nasofaríngeo, coordinado y realizado por ASSE Bella Unión, previo al inicio de su actividad laboral. Con resultado negativo podían iniciar el trabajo con las medidas de higiene recomendadas; en

caso positivo, debían permanecer en cuarentena y bajo atención médica con su prestador de salud. Por la duración de la zafra, se acordó que estos trabajadores pudieran retornar a Brasil cada al menos 30 días y que, al reingresar a Uruguay, repitieran el proceso descrito anteriormente de cuarentena e hisopado. También se acordaron los controles de temperatura al inicio de la jornada (menores a 37.3), uso obligatorio de tapabocas y alcohol en gel y distancia de al menos 2 metros entre trabajadores.

El acuerdo permitió que las actividades de la zafra de la caña de azúcar se llevaran adelante con normalidad y en condiciones de seguridad sanitaria para todas las partes involucradas.

### Referencias bibliográficas

1. Canales Cerón, M (coordinador). Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. 1era. Edición. 2006;(Lom Ediciones).
2. Ministerio de Salud Pública. Cometidos. Cometidos sustantivos. 2021; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos>
3. Organización Mundial de la Salud. Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT - 1. 2020 Jan 21; Available from: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Tercera edición. Ginebra. 2016; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>
5. Minterio de Salud Publica Organización Panamericana de la Salud. La respuesta de Uruguay en 2020 a la pandemia por Covid-19. 2021; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/respuesta-uruguay-2020-pandemia-covid-19>
6. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral. Guía para la elaboración del plan de contingencia Covid-19. 2020; Available from: [https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/informacion/procedimiento\\_coronavirus/es\\_def/adjuntos/plan-contingencia-covid-es.pdf](https://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/informacion/procedimiento_coronavirus/es_def/adjuntos/plan-contingencia-covid-es.pdf)
7. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Contingencia para la Infección (Covid-19) por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2). 2020 Mar 9; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-contingencia-para-infeccion-covid-19-nuevo-coronavirus>
8. Uruguay. Actualización del Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria [Internet]. Decreto n.º 41 Feb 28, 2012. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/41-2012>
9. Uruguay. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Ley n.º 18.211 Dec 13, 2007. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
10. Uruguay. Aprobación del contrato de gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Decreto n.º 081 Mar 27, 2012. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/81-2012>
11. Federación Médica del Interior. Complementación de servicios y prestaciones de salud. Elementos conceptuales para una definición de su alcance y aplicación en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2012; Available from: <https://femi.com.uy/publicaciones/>
12. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios

- de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas,4. 2010; Available from: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS 2010-Doc Posicion revisado pos CD.pdf>
13. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Intendencia de Montevideo. Acuerdo de cooperación. MSP: archivo DIGECOOR. Apr 8, 2020.
  14. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Instituto Asistencial Colectivo, MUCAM Treinta y Tres, Administración Nacional de Educación Pública, Intendencia de Treinta y Tres. Acuerdo de cooperación. MSP: archivo DIGECOOR. Apr 17, 2020.
  15. Administración de los Servicios de Salud del Estado, Intendencia de Lavalleja, Ministerio de Defensa Nacional. Acuerdo de cooperación y apoyo al hospital regional COVID de la ciudad de Minas "Dr. Alfredo Vidal y Fuentes". Minas; May 28, 2020.
  16. Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República. Acuerdo de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República-Centro Universitario Regional del Este. [Internet]. Jun 24, 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/25045>
  17. Universidad de la República, Ministerio de Salud Pública, Intendencia de Salto, Centro Comercial e Industrial de Salto, Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande. Convenio de colaboración. Montevideo: MSP. Aug 31, 2020.
  18. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Acuerdo de cooperación interinstitucional FPREMI-ASSE. Montevideo: Junta Nacional de Salud, MSP. May 8, 2020.
  19. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Procedimiento de actuación por los prestadores integrales en el ámbito de los establecimientos de larga estadía para personas mayores en el marco de la Situación de Emergencia Sanitaria Nacional declarada por decreto no. 93/2020 de 13/03/2020. Apr 29, 2020.
  20. Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quarai-Artigas, Barra do Quarai-Bella Unión. MSP: archivo DIGECOOR. Aug 20, 2020.
  21. Acta de la Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Santana do Livramento-Rivera. MSP: archivo DIGECOOR. Jun 26, 2020.
  22. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo zafra caña de azúcar 2020. MSP: archivo DIGECOOR. May 6, 2020.





# Capítulo 3

La experiencia en territorio

# Realidades similares, desafíos diferentes

## Covid-19 y frontera «seca». La experiencia en Artigas y en Rivera

Las zonas de frontera tienen sus particularidades, sus realidades, que las hacen diferentes a los otros territorios. Estas particularidades en la organización de las poblaciones y las ciudades conllevan la necesidad de políticas públicas que se adapten a ellas.

Uruguay se inserta entre dos grandes países: República Argentina y República Federativa de Brasil. Nuestra frontera con Argentina es húmeda, definida por el río Uruguay, el Río de la Plata y el Océano Atlántico,(1) mientras que la frontera con Brasil es preponderantemente seca y se extiende por 1.068 kilómetros.(2)

En esta frontera seca tiene lugar el fenómeno de las «ciudades gemelas», esto es, ciudades con cercanía geográfica que presentan interacciones locales,(3) pudiendo o no presentar una continuidad urbana. Estas ciudades, que en la frontera uruguayo-brasileña son seis (Chuí-Chuy, Jaguarão-Río Branco, Aceguá-Aceguá, Santana do Livramento-Rivera, Quaraí-Artigas y Barra do Quaraí-Bella Unión), (4) tienen como característica central la movilidad por motivos laborales, educativos, culturales, de acceso a servicios de salud y comerciales, que impacta fuertemente en el estilo de vida y las costumbres de sus habitantes.(5)

La frontera es por definición una zona difusa y de intercambio múltiple en medio de una encrucijada comercial y cultural. La frontera es siempre lo que separa y al mismo tiempo lo que une, por eso va más allá de establecer los límites.(6) (7)

Covid-19 y frontera binacional es un tema prioritario y de abordaje continuo en los departamentos fronterizos. Es un tema que no solo requiere de la atención de las autoridades nacionales y departamentales ya que además necesita de la articulación y negociación con las autoridades de los países con los cuales se limita. Esto implica que al monitoreo de la evolución de la situación epidemiológica en el departamento hay que sumar la atención a la evolución del tema en las ciudades y poblaciones limítrofes.

Tener límites con un país en el que se habla otro idioma genera a la vez una hibridación cultural que tiene sus rasgos y lógicas propias en los modos de hacer y de entender la vida en sociedad. En estas zonas, como en el departamento Rivera, es común oír hablar de la «doble chapa» que refiere a quienes tienen identidad a un lado y al otro de la frontera. En el personal de la salud se da en forma frecuente tener actividad en los servicios de salud de las ciudades gemelas. Proteger a este personal, fundamental en tiempos de pandemia, fue la base de la Ordenanza Ministerial 1013 (8) de agosto de 2020 por la que se exhortó a no prestar servicios en Brasil (ver destaque).

Esta realidad particular requiere, como se mencionó, políticas públicas y normativas orientadas específicamente a estas poblaciones y territorios. La emergencia sanitaria nacional se decretó sobre un contexto histórico e institucional marcado por diferentes acuerdos y marcos de cooperación entre Uruguay y Brasil. Así, se pueden mencionar algunos sucesos determinantes para la vida en frontera:

- Establecimiento durante la década de los noventa, de las Comisiones para el Desarrollo de las Cuencas de la Laguna Merín y del Río Cuareim, y seis Comités de Frontera.(4)
- Creación del Grupo Ad Hoc de Integración Fronteriza en el marco del MERCOSUR (año 2002), fue posteriormente formalizado como Subgrupo de Trabajo N° 18 (SGT 18) sobre Integración Fronteriza.(9)
- Instauración de la «Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo Brasil-Uruguay» que decantó en cuatro grupos de trabajo (Salud, Educación y Formación Profesional, Cooperación Policial y Judicial, Medio Ambiente y Saneamiento) y resultó en la suscripción del «Acuerdo de Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para Fronterizos» (año 2002).(4)
- Instalación del Comité Binacional de Intendentes y Prefeitos de la Frontera (año 2004).(4)

El conjunto de normas, acuerdos y disposiciones tomadas a partir del 13 de marzo de 2020 no fueron ajenas a la realidad de las ciudades gemelas, sea desde el punto de vista de la política nacional y departamental, o del trabajo coordinado a ambos lados de la frontera. En este sentido, se menciona el decreto n.º 092/20 (10) relativo al cierre de fronteras y a las tareas de vigilancia y apoyo a organismos con jurisdicción y competencia en zona fronteriza (ver destaque).

## DDS Artigas

Los datos del censo 2011 señalan que 73.377 personas viven en el departamento Artigas y que más de la mitad reside en la capital. Por cantidad de población y actividad, la segunda ciudad más importante es Bella Unión, con 12.200 personas. (11) El departamento tiene dos puntos de acceso por vía terrestre -Artigas-Quaraí y Bella Unión-Barra do Quaraí- desde y hacia Río Grande del Sur, estado de la República Federativa de Brasil con el cual limita al norte. El río Uruguay separa a Artigas de la República Argentina.

Para la Dirección Departamental de Salud de Artigas, que dirige el doctor Marcos Leonardi, las medidas sanitarias restrictivas comenzaron incluso antes de la declaración de emergencia sanitaria nacional dada la urgencia impuesta por la situación en Brasil y, más particularmente, en Río Grande del Sur, donde el virus se propagó con gran rapidez.

«Los primeros casos aquí fueron el 12 de marzo y ese mismo día nos reunimos con el CECOED local. El coordinador en ese momento era Juan José Eguillor, fallecido por Covid-19. Tomamos medidas restrictivas pensando en lo que estaba sucediendo en nuestro hermano país Brasil con el aumento de los casos. Suspendimos todas las actividades al aire libre, *shows* y otros espectáculos, deportes. 24 horas después el gobierno nacional toma medidas a nivel nacional y declara la emergencia sanitaria (...) siempre se pensó en disminuir al máximo la movilidad y acto seguido además de las medidas de nivel nacional, implementamos un plan estratégico para controlar y bloquear nuestra frontera, y pusimos puestos sanitarios tanto en Artigas como en Bella Unión. [Con respecto al de Artigas, que es el más grande] es importante destacar que viene funcionando desde hace un año. Se hace un control de temperatura, hay un ómnibus que actúa en la base, en la entrada del Puente de la Concordia y allí hay dos equipos trabajando. Al inicio de la pandemia estos equipos eran de la DDS; ahora la DDS hace los controles por la mañana, y en la tarde los hace la Intendencia con su personal de enfermería. Esto se hace todos los días en los horarios de máximo flujo».

## Proteger al personal de la salud

En el marco de las competencias del MSP de adoptar las medidas necesarias para mantener la salud colectiva y de la alta propagación del virus SARS-Cov -2 en la zona fronteriza con la República Federativa de Brasil, el 31 de agosto de 2020 emitió la Ordenanza n.º 1013 (8) para evitar la transmisión del virus y los contagios entre el personal de la salud que presta servicios a un lado y otro de la frontera. Se decidió exhortar al personal de la salud que trabaja en Uruguay a no prestar servicios en instituciones de Brasil. A la vez, se exigió a cada prestador integral público o privado de los departamentos Artigas, Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres y Rocha que elaborara un registro de su personal que también trabaja en alguna institución de salud con sede en Brasil.

## Vigilar la frontera

El decreto n.º 092 (10) del 12 de marzo de 2020 estableció que «la coordinación de las tareas de vigilancia, así como de apoyo a los otros organismos del Estado con jurisdicción y competencia en la “zona fronteriza”, será realizada por el Estado Mayor de la Defensa a través de un Centro de Coordinación de Operaciones, que asegurará: a) enlace integrado permanente entre los Centros de Comando y Control de cada Fuerza; b) el enlace con los otros organismos del Estado para coordinar los apoyos a realizar; c) enlace de inteligencia con los otros organismos competentes a través de la Dirección de Inteligencia Estratégica; d) el enlace con la Fiscalía General de la Nación y el Ministerio del Interior para la coordinación del seguimiento de la aplicación de los procedimientos previstos en el presente decreto».(10)

El mismo decreto se refiere a las actividades de patrullaje en frontera y al control de personas y vehículos. Respecto de las personas se establece que las Fuerzas Armadas podrán, con causa fundada, solicitar la identificación. Respecto de los vehículos, entendiéndose por tales cualquier medio de transporte de personas o cosas, el decreto establece que se procederá a solicitar la documentación y a registrar características tales como tipo, marca, modelo y año, entre otras.

## Acuerdos en espejo

Las delegaciones de Uruguay y Brasil firmaron acuerdos para el control sanitario y epidemiológico del SARS-CoV-2 en la zona fronteriza. El 20 de agosto de 2020 se firmó el Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quaraí-Artigas, Barra do Quaraí-Bella Unión. Las disposiciones acordadas se aplicaron exclusivamente a los residentes de las ciudades citadas, sin afectar las políticas sanitarias vigentes en el ámbito nacional de ambos países.

Participaron en la firma del acuerdo autoridades brasileñas (embajada de Brasil, Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, Secretaría de Relaciones Federativas e Internacionales de Río Grande del Sur, Coordinación Regional de Salud, secretarías municipales de salud de Quaraí y Barra do Quaraí, Presidencia de la Comisión del Mercosur y Asuntos Internacionales de la Asamblea Legislativa de Río Grande del Sur, Coordinación de Comité de Crisis y Emergencias, autoridades del SUS) y autoridades uruguayas (Dirección General de Coordinación y Relaciones Internacionales y Cooperación del MSP, Ministerio de Relaciones Exteriores).

El acuerdo incluye una vasta serie de medidas de control sanitario y epidemiológico: compartir información sobre la situación epidemiológica de cada localidad; intercambiar boletines epidemiológicos, coordinar orientaciones de vigilancia, elaborar y divulgar materiales de salud, capacitar red de vigilancia local, confeccionar listado común de los equipos de protección personal (EPP), elaborar material informativo para viajeros. Se acordó que el test PCR podría exigirse o no de acuerdo con la situación sanitaria y que sí se exigiría comprobante de residencia o el documento especial fronterizo. Se acordó pedir comprobante de residencia o documento fronterizo para quienes transitasen por los puentes internacionales, mientras que el test de diagnóstico Covid-19 podría ser exigido o no de acuerdo con la evolución de la situación. Se acordaron también definiciones y medidas para el control, seguimiento y atención de casos sospechosos, confirmados y contactos y el protocolo para los establecimientos comerciales. Asimismo la delegación uruguaya ofreció a las autoridades de Quaraí y Barra do Quaraí test de RT-PCR sin ningún costo adicional, donados por el Instituto Pasteur.(14)

El antecedente inmediato del acuerdo que se acaba de exponer con sus definiciones y medidas fue el que se firmó en Rivera el 26 de junio de 2020 mediante el Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Santana do Livramento-Rivera que sentó las bases para las actividades de control sanitario y epidemiológico en la frontera. Junto a altas autoridades de la salud y las relaciones internacionales de Brasil y su estado Río Grande del Sur, participaron por Uruguay el ministro de Salud Pública, autoridades del directorio de ASSE y de la DIGECOOR. La delegación de Uruguay ofreció a la brasileña test RT-PCR donados por el Instituto Pasteur, procesados y analizados exclusivamente en laboratorios brasileños. La delegación brasileña señaló que seguiría usando el test serológico como complemento al test RT-PCR en aquellos casos que juzgara conveniente. Las autoridades se comprometieron a convocar al subcomité en forma quincenal para dar seguimiento a lo dispuesto y adoptar posiciones y medidas en espejo.(15)

También se ensayaron otras medidas en los controles sanitarios que, una vez evaluadas, fueron confirmadas o directamente sustituidas por otras más eficaces. En este sentido se menciona la alfombra sanitaria, que fue una alternativa muy válida, y el test del olfato que se realizó por un corto período dado que generaba aglomeración en el puente y retrasos en la circulación.

«Quedamos sólo con el control de temperaturas. Si alguien viene, por ejemplo, con más de 36,3 grados, se lo invita a pasar a un ómnibus, se lo vuelve a controlar y en caso de que persista con fiebre se lo deriva a su prestador y si es brasileño se lo invita a dar la vuelta. Junto con eso instalamos un puesto migratorio con colaboración del Ejército Nacional. Por allí sólo pueden ingresar al país ciudadanos que vivan en Quaraí, que sean brasileños, residentes de Quaraí, si es un ciudadano brasileño de otra ciudad no puede ingresar a nuestro territorio. Todos los días hay 10 o 15 casos de estos. Se los invita a retornar a su país, es decir, es una frontera parcialmente cerrada, donde hay un tránsito local fronterizo. Con el CECEOED también hemos logrado puestos de control sanitario. Ahora tenemos en la ruta 30 que va hacia Rivera, pero hemos tenido puestos en las épocas de mucho movimiento como carnaval, fin de año, semana santa y ahora lo vamos a implementar en la salida hacia Salto y en Bella Unión, está en la ruta 3. El CECEOED trabaja muy bien, trabajamos muy equilibrados, tomamos las decisiones en sintonía. Se trabaja en forma unificada. Hoy mismo tenemos una reunión con el CECEOED local para replicar las medidas restrictivas del gobierno nacional y agregar alguna más fruto de nuestra realidad epidemiológica».

Una de las herramientas principales que el director departamental de Salud destaca como experiencia exitosa es la firma del acuerdo entre las delegaciones de Uruguay y Brasil en el marco de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quaraí-Artigas. El acuerdo incluye una vasta serie de medidas de control sanitario y epidemiológico de tipo «espejo» en las ciudades gemelas.

«Para mejorar las medidas a nivel de la frontera hicimos en setiembre de 2020 reuniones binacionales con autoridades sanitarias de Brasil y autoridades políticas y diplomáticas de Uruguay. Nuestro ministro, doctor Daniel Salinas, junto con el embajador de Brasil, firmaron un convenio binacional en el que trabajaron mucho nuestra directora, doctora Karina Rando, y los directores de salud de los departamentos frontera. Ese convenio fue muy interesante porque hacemos un intercambio de información diaria. Todos los días yo le mando un informe a la referente de Quaraí, y ellos nos envían su informe para saber los casos que tienen. Si ellos hacen diagnóstico de algún uruguayo que por distintas razones consulta allá, nos pasan la información y viceversa, nosotros les pasamos la información de brasileños que consultan acá. Ese convenio fue muy productivo en ese aspecto porque formalizó y mejoró el vínculo que hay entre las dos ciudades (...) no hemos logrado el tema de los hisopados, porque ellos no aceptaron, nosotros les brindamos hacer hisopados a sus pacientes con PCR, pero la autoridad sanitaria brasileña no aceptaba el resultado, entonces eso quedó en *stand by*. Después, todas las medidas sanitarias fueron iguales, como el aforo en los comercios, el uso de tapabocas y alcohol en gel. A nivel del puente hacemos el hisopado a todos los camioneros que ingresan al país, eso se hace y tiene una validez de 7 días».

La DDS Artigas debió cuidar también, además de los usuarios de la salud, al personal de salud que se desempeña en los prestadores, a sabiendas que el trabajo de muchos también se realiza en prestadores de salud brasileños. Esto originó una estrategia de comunicación diferencial tanto entre las poblaciones del departamento como entre departamentos.

«Hicimos mucho hincapié en llegar con información a la población para que fuera lo menos posible a la ciudad de Quaraí, que disminuyera al máximo la movilidad a la ciudad de Quaraí, y que usara tapabocas siempre y respetaran todas las medidas sanitarias, que no fuera más de una persona por familia, que no llevaran niños (...) la gente en general asimiló esas medidas y ha colaborado mucho y siempre se está transmitiendo el riesgo porque siempre hubo más casos en Quaraí que acá. Nos servía también decir que si a Quaraí le iba bien a nosotros nos iría mejor. Los primeros 20 o 30 casos fueron por nexo con un ciudadano en Quaraí. Ahí se da una dinámica especial porque hay más de 3000 artiguenses que viven en Quaraí y tienen su casa allí, y otros que trabajan allá, entonces el flujo es constante, hay mucha gente que todos los días transita. La población entendió esto muy bien. Yo la divido en tercios. Hay un tercio que entendió perfecto y no va hace meses a Quaraí, hay otro tercio que va pero para asuntos muy puntuales una vez al mes, y hay otro tercio que cumple poco, que no entiende la realidad, que son negacionistas. Hay que entender que acá hay una influencia enorme de la televisión brasileña con un presidente que dice que esto es una *gripezinha*.

El personal de salud fue un poco más complicado porque nos preocupaba más. Se hizo un relevamiento de todo el personal y algo más de 30 personas de la salud que trabajaban en Quaraí también trabajaban acá. Exhortamos a que trabajaran en un solo lugar, sólo en Artigas, de hecho se sacó una ordenanza del MSP referente a ese tema, que generó un poco de polémica porque ellos decían que se estaba coartando la libertad laboral. Entonces sacamos un comunicado para hisopar a ese personal cada 15 días, entonces, todo aquel personal de salud que trabajaba en Quaraí y trabajaba en Artigas cada 15 días era hisopado y así detectamos 2 o 3 casos de Covid y controlamos brotes intrahospitalarios».

El control de brotes intrahospitalarios se realizó además tomando otras medidas más extremas en la realización de hisopados. Para los pacientes provenientes de Quaraí o Barra do Quaraí, uruguayos, brasileños o fronterizos, que ingresaran a un centro hospitalario se estableció la obligatoriedad de hisopado y de tratarlos como pacientes Covid-19 hasta demostración de lo contrario. En Bella Unión se separó la emergencia respiratoria de la emergencia común.

A la vez que la DDS abordó las medidas de prevención y control en los centros de salud, debió ocuparse también de trabajar con el sector de los «cañeros», por ser una de las actividades productivas más importantes en el norte del país, de la que dependen muchas familias y en la que participan trabajadores procedentes de Brasil, país con alto número de casos Covid-19. La zafra de la caña de azúcar 2020 se presentó entonces como un desafío para todas las partes involucradas. Mediante el acuerdo firmado en Bella Unión el 6 de mayo de 2020 entre el MSP, la Asociación de Plantadores de Caña de Azúcar del Norte Uruguayo (APCANU) y la Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (UTAA) (12) se estableció, entre otros, que fuera responsabilidad del Ministerio de Salud Pública la realización de los hisopados por medio de ASSE, y que se brindara asesoramiento durante todo el periodo de trabajo por parte de la Dirección Departamental de Salud de Artigas y la Dirección General de Coordinación.



Actividades durante la zafra de la caña de azúcar. Bella Unión, Artigas, 2021.

«(...) se venía mayo la zafra de caña de azúcar y dado que venían muchos brasileños a trabajar, entramos en comunicación con la asociación de cortadores de caña de azúcar y con nuestra directora Karina Rando para plantearle la necesidad de hacer un protocolo ya que avizoramos que allí podría haber un gran brote como los que hubo en otros lugares de trabajo. El ministro Daniel Salinas y Karina Rando visitaron Artigas e hicimos una recorrida por los puestos sanitarios, por el puente y hospital y propusimos que, en la tarde, fuéramos hasta Bella Unión para reunirnos en la alcaldía con los productores de caña de azúcar y con la UTAA. Fue una reunión muy interesante, tensa por momentos en los que el ministro tuvo que marcar el rumbo, y el resultado fue un protocolo [ver destaque al respecto]. Fue un éxito la reunión y el convenio que se logró, no hubo ni un caso, ni un brote en la zafra. El único brote que hubo, de 10 o 15 obreros, fue en la chacra de un productor que no se adhirió a ninguna clase de convenio. Tuvimos que poner en cuarentena a toda su chacra.

¿Quién podía ingresar al país? El fronterizo, o aquel que tiene una residencia transitoria, legal, residente legal que le dicen, o el ciudadano legal, que vive más allá de la frontera... eso es ingresar. A todos los brasileños se los controlaba en el puente, el productor pasaba la lista, se lo detectaba, hisopaba y enviaba a cuarentena».

Por su calidad de departamento frontera, la inmigración no es un tema ajeno a las autoridades sanitarias departamentales. Una persona inmigrante es quien llega a un país o región, diferente de su lugar de origen, para establecerse en él, temporal o

definitivamente. Pero, por la condición de cierre de fronteras, el ingreso se permite a quienes solicitan refugio. A esta realidad se suma la de las personas repatriadas.

«En nuestro departamento tenemos dos escenarios diferentes, el escenario de refugiados y el escenario del repatriado uruguayo. [En el escenario] del repatriado uruguayo, hubo más de 30 casos de personas que vivían en Brasil en distintos lugares y que por la pandemia [se vieron afectados en su fuente] laboral. Eran principalmente artistas callejeros de Río de Janeiro, de San Pablo. Estaban en situaciones bien complicadas. Nosotros hacíamos todos los trámites ante el consulado de Uruguay en Brasil para repatriarlos. Cuando llegaban a nuestro país se montaba todo un dispositivo, los hisopábamos y hacían cuarentena. Si daba negativo el hisopado, seguían su curso a encuarentenarse en su domicilio; siempre tenían que dar una residencia. En cuanto a los refugiados, acá el tema es menor porque el foco de entrada es Rivera. Acá en Artigas tenemos un refugio operativo con 2 camas, toda persona que ingresa en esas condiciones, es hisopada y permanece en el refugio 7 días, se vuelve a hisopar y si da negativo continúa los trámites en Cancillería. En el refugio que tenemos con la Intendencia colabora el Ejército con la alimentación los fines de semana y el MIDES durante la semana, ASSE hace la visita médica y el seguimiento, nosotros estamos con la logística en general».

68

Finalmente, el director departamental destaca el apoyo desde el nivel central del MSP y en particular desde la DIGECOOR y el trabajo en equipo que hacen a diario los directores departamentales.

[La doctora Rando] «siempre da un apoyo equilibrado, aplomado, siempre está para darnos una mano, siempre nos atiende y siempre ha colaborado y el Ministerio nos colabora con los implementos que necesitamos, sobretúnicas, guantes, tapabocas, termómetros, toda la parte de logística el Ministerio nos apoya muchísimo aquí en la frontera. (...) Al inicio, cuando empezamos a trabajar, fue un poco estresante, nos costaba mucho, [era algo] desconocido (...) te insume tanto tiempo que es impresionante, estamos comprometidos con la causa. Se trabaja muy bien, hay un apoyo fantástico del grupo que tenemos y que se ha logrado ese vínculo tan lindo los 19 directores, tenemos a Rosita [Blanco, directora departamental de Salud de Salto] que le pusimos la madrina del grupo porque siempre está ahí y Karina [Rando] bueno, ni qué hablar, además de ser compañera de generación, es mi jefa siempre aplomada para ayudarnos».



Control sanitario en Puente Binacional de la Concordia. Artigas, marzo de 2021.

## Cañeros

La zafra de la caña de azúcar es una de las principales actividades productivas en el norte del país de la cual dependen muchas familias uruguayas y brasileñas. En 2020 esta actividad debía extremar los cuidados para no verse interrumpida y además considerar la situación de alta circulación del virus en Brasil. Ante la necesidad de continuar con las actividades de la industria nacional conciliando el desarrollo de ellas con la llamada «nueva normalidad», y a los efectos de extremar las medidas de seguridad para minimizar el impacto del SARS-CoV-2, el 6 de mayo de 2020 se reunieron en Bella Unión, el ministro de Salud Pública, la directora general de Coordinación, el director de la DDS Artigas, el alcalde del Municipio de Bella Unión, la Asociación de Plantadores de Caña de Azúcar del Norte Uruguayo (APCANU) y la Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (UTAA).(16)

En esa oportunidad se acordó un protocolo diseñado y elaborado por la DIGECOOR (directora general y asesora epidemiológica) y la DDS Artigas. Los trabajadores procedentes de Brasil debieron realizar una cuarentena obligatoria de al menos 6 días e hisopado nasofaríngeo, coordinado y realizado por ASSE Bella Unión, previo al inicio de su actividad laboral. Con resultado negativo podían iniciar el trabajo con las medidas de higiene recomendadas; en caso positivo,debían permanecer en cuarentena y bajo atención médica con su prestador de salud. Por la duración de la zafra, se acordó que estos trabajadores pudieran retornar a Brasil cada al menos 30 días y que, al reingresar a Uruguay, se repitiera el proceso descrito anteriormente de cuarentena e hisopado. También se acordaron los controles de temperatura al inicio de la jornada (menores a 37.3), uso obligatorio de tapabocas y alcohol en gel y distancia de al menos 2 metros entre trabajadores. El acuerdo permitió que las actividades de la zafra de la caña de azúcar se llevaran adelante con normalidad y en condiciones de seguridad sanitaria para todas las partes involucradas no registrándose ningún brote.



Equipo de gestión de la DDS Artigas, sede Artigas.

## DDS Rivera

Rivera, en el norte del país, limita con Salto, Artigas, Cerro Largo y Tacuarembó y la conocida «línea» (línea divisoria) lo separa de Brasil. Rivera, la capital, es una ciudad gemela con Santana do Livramento. Según el último censo de población el departamento tiene 103.473; el 62 % de la población reside en la capital.(13)

En ciudades separadas por una línea terrestre, con intensa movilidad dada por las actividades culturales, educativas, comerciales y laborales, más una alta circulación del virus en Río Grande del Sur, había que prevenir la aparición de varios brotes no obstante lo cual Rivera fuera el primer departamento del interior en «rojo» según el índice de Harvard, situación que se mantuvo durante el primer semestre de 2021. Considerando los intensos lazos históricos entre las dos naciones y que la frontera entre Uruguay y Brasil constituye un elemento de unión e integración de sus poblaciones, surgió la necesidad de encontrar soluciones comunes por medio de acuerdos binacionales en los que se tomaron medidas en forma «espejo» para controlar y vigilar la enfermedad en la frontera.

El doctor Carlos Sarries, director departamental de Salud de Rivera, repasa las principales actividades y desafíos que tuvo esa DDS en 2020, haciendo énfasis en que, más que dos ciudades gemelas, Rivera y Santana do Livramento son ciudades integradas.

«(...) lo que existe acá es una integración, son dos ciudades totalmente integradas desde todo punto de vista económico, laboral, cultural, sanitario. Nosotros no concebimos una ciudad de Rivera sino que concebimos ambas ciudades como una identidad epidemiológica y sanitaria en su conjunto, fusionada. Tampoco concebimos [que Rivera tenga] 100.000 habitantes, sino que concebimos 204.000 habitantes, integrados 100 % en toda actividad que puedan tener ambas ciudades, con la característica de que hay una línea, que le dicen línea divisoria, y yo le he llamado a lo largo de todo este tiempo la línea integradora porque no divide sino que integra. Esa línea a nivel de las ciudades es de 12 kilómetros y estas dos ciudades tienen una realidad sanitaria y específicamente en relación con esta pandemia, igual. Digo igual porque a lo largo de todo el desarrollo de esta pandemia los números, los brotes, los casos ha sido iguales; cuando se desencadena un brote en Santana se desencadena un brote acá, cuando aumentan los números en Santana, aumentan acá, cuando disminuyen también ocurre lo mismo. Esa es la realidad, así es que hemos aprendido a trabajar en forma integrada y a concebir la evolución de la pandemia en forma totalmente integrada, a tener un diagnóstico preciso de cuál es la realidad, cuál es la magnitud de la integración y de ahí surge leer los escenarios a lo largo del tiempo y crear estrategias a nivel departamental y a nivel binacional».

Una de esas estrategias fue la de acercar las partes, esto es, generar o aprovechar espacios de diálogo con las autoridades sanitarias brasileñas y en particular de Santana do Livramento para fortalecer los vínculos y la comunicación e información precisa y permanente sobre la evolución de los casos y las medidas adoptadas.

«(...) no recuerdo exactamente la fecha, creo que en julio, hicimos una jornada en la Plaza Internacional, que se llamó Jornada Binacional, donde estuvo la intendenta de Rivera, Alma Galup, la prefeita de Livramento de ese momento. Fue una instancia donde hubo participación y compromiso

y fuimos hablando, conociendo y nos fuimos concientizando de que las medidas debían ser tomadas en espejo. A partir de ahí, en el marco del CECOED, empezamos a trabajar en un plan que se llamó "La frontera se protege" en el que se integraron todas las fuerzas vivas del CECOED, llámese ejército, policía, bomberos, intendencia, departamental de salud, prestadores, y cada uno desde su rol fue colaborando y se trabajó en concientización, por ejemplo sobre el flujo de brasileños que venían fundamentalmente los sábados por la actividad comercial, se trabajó en concientización, fiscalización, desinfección de vehículos, entrega de tapabocas y de material informativo».

En este marco de trabajo integrado en lo nacional y en lo binacional se destaca el acuerdo firmado el 26 de junio de 2020 (ver destaque) que el director departamental define en tres puntos principales: comunicación fluida en relación con la situación sanitaria de ambas ciudades por medio de los referentes epidemiológicos, misma metodología de rastreo y mismo método de diagnóstico por la técnica RT-PCR.

La llegada de extranjeros al departamento también fue en esta DDS como en otras de frontera «seca» una preocupación especial motivo de acciones concretas.

«En esta frontera existen cuatro aspectos importantes. Uno es la integración natural que genera la dinámica de las dos ciudades, como hacíamos mención, dos ciudades totalmente integradas desde todo punto de vista. Segundo, el flujo de ciudadanos brasileños que se hacen presente fundamentalmente los fines de semana con fines comerciales a nivel de *free shop*, y a nivel turístico y a nivel del turismo comercial. El tercer aspecto es el pasaje de los transportistas por el puerto seco, que constituyó todo un capítulo en nuestra tarea, y el cuarto elemento en esta compleja situación binacional es la llegada de ciudadanos extranjeros a nuestra ciudad de Rivera. En relación con este cuarto aspecto, aquí en esta frontera me consta que durante mucho tiempo Uruguay ha recibido a extranjeros, pero cuando existe una situación de una pandemia, con una situación sanitaria epidemiológica, con características complejas y particulares en Santana de Livramento y en Brasil, la llegada de esos extranjeros y la presencia de ellos en Rivera generó toda una estrategia para poder determinar en primer lugar si eran positivos para Covid.

Todo eso nos llevó a que nosotros a través de migración tuviésemos contactos con ellos. Se elaboró un amplio plan de acción y de trabajo (...). Al ingreso a Uruguay se les realizaba un test PCR. Si eran positivos, se tomaban las medidas de aislamiento y de determinación de contactos y cuarentenas. En cierta forma trabajar dirigido a un objetivo, de que esos extranjeros que ingresaban al Uruguay por esta frontera seca no fueran los determinantes de llevar el virus hacia el interior de nuestro país y determinar nuevos casos positivos. Se establecieron centros de contingencia lo que exigió y sigue exigiendo un gran esfuerzo a nivel de Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ejército, Policía, Migraciones, OIM y Cruz Roja. En agosto, setiembre, hablamos con la presidenta de la Cruz Roja en Montevideo y solicitamos su colaboración. La colaboración de Cruz Roja ha sido protagónica en la recepción y contención de los extranjeros que llegan. (...) cada extranjero que ingresa, cada grupo de personas que ingresa, cada familia, es una historia diferente, es una historia de mucho dolor, de mucha carencia, de mucha preocupación y a nosotros realmente nos ha implicado un esfuerzo muy grande (...) siempre ha habido una respuesta, nunca fuimos omisos y hemos establecido centros de contingencia para

poder alojar y poder responder a las necesidades de esos extranjeros y fundamentalmente nunca olvidarnos de la cobertura sanitaria y de realizar los test, pero ha sido un gran esfuerzo, donde todo el CECOED ha actuado y ha trabajado y todo el departamento se ha visto comprometido y ha realizado un gran trabajo y un gran esfuerzo».

Mantener actualizado el diagnóstico de salud y generar conocimiento mediante la investigación son factores fundamentales para contribuir a controlar la pandemia. En este sentido, en 2020, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la DDS Rivera, investigadores del Institut Pasteur de Montevideo y la Facultad de Medicina de la Udelar impulsaron un estudio con el objetivo de medir la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 en personal de salud, estimar la proporción de infecciones asintomáticas y sintomáticas, e identificar factores asociados con la presencia de anticuerpos. En una segunda etapa el estudio alcanzará también a la población de Rivera (ver destaque).

En las reflexiones finales, el director departamental refiere al desafío y a las dificultades de actuar como autoridad sanitaria en un contexto totalmente nuevo para el mundo y para el país, sorteadas en gran medida por las capacidades instaladas en el equipo de gestión de la DDS.



Hospital de Campaña. Donación embajada de EEUU. Barrio Los Pirineos, Rivera, marzo de 2021.

«Ha sido mucho esfuerzo, mucha exigencia, mucha responsabilidad, realmente una presión (...) cualquier evento como un incendio, una inundación, un terremoto, son cosas terribles que ocurren en las ciudades y generan mucha desesperación, pero una pandemia a nivel mundial es una situación crítica, no conocíamos en qué consistía el virus, cómo nos íbamos a prevenir, cómo se iba a desarrollar. Eso genera en la población mucha angustia, mucho miedo, mucha incertidumbre y la reacción de la población ante la inestabilidad, angustia, desesperación e incerteza es la descarga de mucha frustración sobre los equipos de salud y lo notamos, lo percibimos y lo vivimos.

Hemos podido trabajar, hemos podido integrar un gran equipo de trabajo a través del CECOED, hemos podido integrar a todos los prestadores, hemos podido crear en la sociedad un muy buen vínculo, con un objetivo muy claro, que era bloquear los brotes y tener un estatus sanitario diferencial

en un lugar que ha sido considerado uno de los lugares dentro del Uruguay más desafiantes, más exigentes porque nuestro cargo tiene sus alcances y sus limitaciones, nuestro trabajo y nuestras medidas necesariamente deben desplegarse en todo el departamento pero no pueden pasar la línea, la línea integradora. Sí podemos compartir información, sí podemos compartir metodologías de trabajo, pero no podemos determinar medidas en otro sistema sanitario. Brasil es un país continente con 220 millones de habitantes, con una idiosincrasia diferente, con una economía diferente, con una forma de concebir y ver la pandemia diferente a la de Uruguay. Eso constituye una serie de variables que nosotros la llamamos inmanejable, porque desplegamos nuestro trabajo, nuestra metodología de rastreo epidemiológico, nuestra metodología diagnóstica, pero llegamos hasta la línea. (...) Eso lo fuimos entendiendo, lo fuimos aprendiendo, lo fuimos visualizando y fuimos acomodando nuestra actividad a esa realidad.

[La DDS tiene] un equipo muy profesional, con muchas ganas de trabajar, para mí ha sido un gusto y el trabajo realmente lo han hecho ellos en un inmenso porcentaje y yo los he acompañado. He tratado de tener la capacidad de leer en forma precisa las realidades y los escenarios cambiantes a lo largo del tiempo en relación con la pandemia. He tenido la preocupación constante de estar muy atento y visualizar y anticiparme a los hechos que están en inminencia de suceder, brotes, casos positivos (...) El resultado ha sido una gran integración, un gran trabajo a nivel de todas las fuerzas vivas del departamento y una gran integración de los tres prestadores de salud, con un gran equipo de trabajo en la DDS [que] siempre está pronto, siempre con la conciencia muy clara, muy profesionalizados, con mucha voluntad y en un ambiente que es un gusto trabajar».





Equipo de gestión de la DDS Rivera.

### Referencias bibliográficas

1. Instituto Geográfico Militar. 2021; Available from: <http://www.igm.gub.uy/limites-con-argentina/>
2. Mazzei, E. y de Souza M. La frontera en cifras. Melo (Cerro Largo): Udelar, Centro de Estudios de Frontera, Comisión Coordinadora Interior. 2013; Available from: <https://www.cci.edu.uy/publicaciones/cci-05/5.pd>
3. Kearney, M. y Knopp A. Border cuates: A history of the U.S.-Mexican twin cities. Austin, Texas: Eakin Press. 1995.
4. Clemente I. La región de frontera Uruguay-Brasil y la relación binacional: pasado y presente. Rev Uruguaya Cienc Política [Internet]. 2010;19(1):165–84. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v19n1/v19n1a07.pdf>
5. Altmann, L., Delgado, M., González, J. y Pedrosa, R. La frontera seca en el Sistema Urbano Nacional. Instituto de Urbanismo, FADU-Udelar. 2020; Available from: [http://www.fadu.edu.uy/itu/files/2020/05/20200623\\_FronteraSeca\\_ITU-1.pdf](http://www.fadu.edu.uy/itu/files/2020/05/20200623_FronteraSeca_ITU-1.pdf)
6. Caetano, G. Primer Seminario de Reflexiones sobre el Proyecto de Construcción de un Puente entre Colonia y Buenos Aires: “Un puente para dos orillas: los previsible impactos territoriales”. 1993; Available from: <https://www.rau.edu.uy/mercosur/caetano.htm>
7. Caetano, G. Breve historia del MERCOSUR en sus 20 años. Coyuntura e instituciones (1991- 2011). MERCOSUR 20 años. Montevideo: CEFIR. 2011.
8. Ministerio de Salud Pública. Medidas al personal de salud que trabaje en instituciones establecidas en Brasil. [Internet]. Ordenanza n.º 1013 Aug 31, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

- institucional/normativa/ordenanza-n-1013020-medidas-personal-salud-trabaje-instituciones
9. Mercosur sitio oficial. Creación del Subgrupo de Trabajo sobre Integración Fronteriza. 2021; Available from: <https://www.mercosur.int/creacion-del-subgrupo-de-trabajo-sobre-integracion-fronteriza/>
  10. Uruguay. Reglamentación de la ley 19.677, que refiere a las tareas de vigilancia y apoyo a organismos con jurisdicción y competencia en zona fronteriza y derogación del decreto 412/019 [Internet]. Decreto n.º 092 Mar 19, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/92-2020/13>
  11. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Artigas. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
  12. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo en Bella Unión. Bella Unión: MSP-DIGECCOR. May 6, 2020.
  13. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Rivera. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
  14. Acta de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quarai-Artigas, Barra do Quarai-Bella Unión. Aug 20, 2020. MSP: archivo DIGECCOR.
  15. Acta de la Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Santana do Livramento-Rivera. Jun 26, 2020. MSP: archivo DIGECCOR.
  16. Acuerdo zafra caña de azúcar 2020. May 6, 2020. MSP: archivo DIGECCOR.
  17. Instituto Pasteur de Montevideo. Estudio de seroprevalencia SARS-CoV-2 en personal de salud de Rivera. 2021; Available from: <http://pasteur.uy/novedades/29676/>

## Personal de la salud y seroprevalencia (17)

En 2020, investigadores del Instituto Pasteur de Montevideo y la Facultad de Medicina de la Udelar, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y prestadores de salud públicos y privados del departamento de Rivera impulsaron un estudio con el objetivo de medir la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 en personal de salud de la ciudad, estimar la proporción de infecciones asintomáticas y sintomáticas, e identificar factores asociados con la presencia de anticuerpos, incluyendo ocupación dentro del sector salud, áreas específicas de trabajo, contacto con pacientes infectados.

Este proyecto, cuyas actividades comenzaron en febrero de 2021, trabajó con funcionarios de los tres principales prestadores de salud de Rivera. Según se informa en el sitio oficial del Instituto Pasteur, a 1.204 funcionarios (56,3 % del total elegible) se les extrajo sangre y se les realizó un breve cuestionario. La seroprevalencia de anticuerpos anti SARS-CoV-2 fue 8,3 %. Médicos y licenciados en enfermería presentaron una alta prevalencia, 10 % y 9,8 %, respectivamente. El Personal de administración, dirección y admisión, y recepción también presentó una alta prevalencia: 9,8 % y 10,3 %, respectivamente. Auxiliares de enfermería y personal de laboratorio presentaron menor prevalencia: 5,6 % y 4,5 %, respectivamente. Del total de seropositivos, 45 % había sido diagnosticado con Covid-19 y la mayoría fueron sintomáticos. El 55 % de los seropositivos nunca presentaron síntomas.

Además de este análisis también está en marcha otro estudio de seroprevalencia pero en la población general de Rivera (no personal de salud).

# Trabajar en condiciones sanitarias seguras

## Emprendimientos productivos y brotes de Covid-19. La experiencia en Canelones, en Tacuarembó y en Treinta y Tres

Uno de los grandes desafíos que enfrentó el país en el contexto de la emergencia sanitaria nacional fue mantener la actividad productiva y económica en distintos establecimientos en condiciones de seguridad sanitaria, esto es, tomando las acciones necesarias para evitar o mitigar la transmisión del virus SARS-CoV-2 en el ámbito laboral. El desafío se profundizó en aquellos centros de trabajo con gran cantidad de trabajadores, como la industria cárnica en Canelones, y aún más en aquellos lugares donde trabajan personas que se trasladan semanalmente desde distintos puntos del país e incluso desde el exterior, como es el caso de la construcción de una planta de pasta de celulosa en Durazno, muy cerca de Tacuarembó, y de una cementera en Treinta y Tres.

El Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT) es un órgano tripartito creado por decreto n.º 83 (1) de 1996. Está integrado por representantes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco de Previsión Social (BPS), Banco de Seguros del Estado (BSE), de las empresas y de los trabajadores. El MTSS convocó al CONASSAT para abordar la situación de pandemia por ser de interés y competencia de ese ministerio la seguridad e higiene en que se desarrolla toda relación de trabajo. La ley n.º 5.032,(2) publicada el 25 de julio de 1914, obliga a todo empleador a tomar las medidas de seguridad para su personal. Esta norma fue reglamentada por sucesivos decretos según las especificidades de cada sector (industrial, comercial o de servicios). Asimismo, de acuerdo con el Convenio Internacional de Trabajo n.º 155,(3) todo trabajador debe informar a su superior jerárquico si entiende que hay alguna situación laboral que genera peligro para su vida o su salud.

El artículo 2 de la Resolución n.º 52 del MTSS del 13 de marzo de 2020 (4) estableció que corresponde al empleador, a la Comisión Bipartita de Seguridad y a los servicios de prevención y salud en el trabajo coordinar los mecanismos necesarios para la confección de protocolos de prevención, control y actuación ante la Covid-19, según la naturaleza y características propias de cada empresa o institución.(4) Se recomendó, a la vez, que estos protocolos contemplaran: medidas de prevención y control (referidas a mecanismos de comunicación, materiales y medidas de higiene, organización del trabajo) y medidas de actuación (ante la aparición de síntomas, y las partes que intervienen en el seguimiento de los casos).

La Resolución n.º 54 del MTSS del 19 de marzo de 2020 (5) amplió las disposiciones de la resolución anterior a instancias del CONASSAT. En concreto, dentro de las medidas de control y prevención se incluyeron expresamente las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública. Entre ellas: comunicar a los trabajadores sobre las características y riesgos de la enfermedad según contenidos específicos aportados por el MSP, proveer el material de higiene necesario y distribuirlo en cantidades suficientes según la tarea, utilizar mascarillas, lavado de manos y uso de alcohol en gel según pauta. También se incluyeron indicaciones sobre higiene de lugares, equipos de trabajo y equipos de aire, uso exclusivo de artículos personales, higiene respiratoria y distanciamiento.(5) Finalmente, se señaló que los mecanismos de acción ante la aparición de síntomas debían ser: prever la participación de los

servicios de prevención y salud en el trabajo (si la empresa disponía de ellos) o del servicio médico que correspondiera al trabajador, prever la rápida y eficaz adopción de medidas de control en los contactos de un eventual positivo, prever las circunstancias que de hecho se generasen por la imposibilidad de asistir al trabajo, e informar sobre la correspondencia de certificación médica.(5)

Una nueva resolución del MTSS de julio de 2020 exhortó a empleadores y a trabajadores a cumplir con las disposiciones y recomendaciones establecidas en los protocolos que se firmaron entre las partes en todas las ramas de actividad. (6)

En este marco general, las direcciones departamentales de Salud de Canelones, Tacuarembó y Treinta y Tres desarrollaron el control, seguimiento y vigilancia epidemiológica de la Covid-19 en emprendimientos productivos que involucran el movimiento de una gran cantidad de personas.

## DDS Canelones

Canelones, departamento en el sur del Uruguay, limita con Florida, Lavalleja, Maldonado, Montevideo y San José. Tiene costa sobre el Río de la Plata, que lo separa de la República Argentina, a lo largo de la cual se asientan varias y atractivas localidades balnearias. Con 611.100 personas de acuerdo a proyecciones INE 2021, representando el 44.2% de Montevideo y el 17.5 % del total del país, es el segundo departamento más densamente poblado, tras Montevideo.(7) Canelones es la capital y, a diferencia de otros departamentos, no es la ciudad más poblada del departamento. Con 19.865 personas, está en cuarto lugar tras Las Piedras (71.258 personas), Pando (25.947 personas) y La Paz (20.524 personas).(8) No obstante estos datos, tomados del último censo de población, Ciudad de la Costa es la localidad con mayor cantidad de habitantes de todo el departamento al nuclear varios balnearios (como Shangrilá, San José de Carrasco, Lagomar, Lomas de Solymar, El Pinar) que en los datos el censo aparecen en forma independiente.

La industria cárnica es la más importante en el departamento por la cantidad de empleo directo que depende de ella (en cantidad la principal industria que maneja la DDS es la de las bodegas, que son 123). Cuenta con 15 plantas frigoríficas, a las que se suman los abastos y repartos. El movimiento y contacto de una gran cantidad de personas en el ámbito laboral es un factor de riesgo para la Covid-19. La Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP, con el aporte de la Facultad de Medicina y la Sociedad de Médicos del Trabajo del Uruguay y el aval del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), del Instituto Nacional de Carnes (INAC) y del MTSS emitieron recomendaciones sanitarias para la industria frigorífica y demás ramas de la industria cárnica (ver destaque).

Las integrantes del equipo de la DDS Canelones, Alicia Mariezcurrena, licenciada en enfermería y referente epidemiológica, y Sandra Almirón, ingeniera agrónoma y referente en Salud Ambiental y Ocupacional, repasan las actuaciones de la DDS.

[Alicia Mariezcurrena señala que] «Primero quisiera comunicar un poco la situación epidemiológica para empezar a darnos cuenta cómo sucedieron las cosas. Cuando surge la pandemia, si bien una parte del brote inicial, de los primeros casos, sucedió en el territorio en el departamento de Canelones, no teníamos grandes números y [los casos] estaban diseminados por nuestro territorio. Los teníamos georreferenciados en un sector de la población que compartimos con Montevideo. Durante los meses de marzo a octubre los casos fueron escasos y no nos afectó como brotes ni a

ninguna industria. En octubre-noviembre los casos empezaron a aumentar y recién ahí comenzó una muy discreta circulación comunitaria del virus. Es en diciembre de 2020 y enero de 2021 donde eclosiona la circulación comunitaria y es allí donde se empiezan a ver los primeros brotes en diferentes industrias. Nuestro departamento tiene un elevado número de frigoríficos con diferentes variedades, porque tenemos 15 plantas frigoríficas como tal, después tenemos abastos, tenemos repartos... pero todos asociados a la industria cárnica en sus cuatro expresiones: ganado vacuno, cerdos, pollos y aves y caballos. (...) no podemos hablar de brotes, sí son casos asociados a las diferentes industrias frigoríficas, pero no todos fueron brotes, en determinados frigoríficos sí y en otros no, fueron casos sucedidos en el correr del tiempo. Y ahí fue donde en diciembre del 2020 enero del 2021 es que empieza a sorprendernos esa situación porque veníamos de casi siete, ocho, nueve meses de cierta tranquilidad y casi sin circulación comunitaria de virus hasta que eclosiona en octubre, [el fin de semana largo] del 31 de octubre al 2 de noviembre, donde el país estaba con muy pocos casos y la gente salió masivamente y se ve que había un remanente pseudo oculto de pacientes asintomáticos portadores del virus y allí fue donde empezaron a eclosionar los casos y de ahí no paramos hasta la situación del día de hoy».

80

En todo el año 2020, en el departamento de Canelones hubo 2.867 casos; en el mes de enero de 2021, sólo en un mes, los casos fueron 3.409. En los tres primeros meses de 2021 sólo los casos asociados a las plantas frigoríficas ascendieron a 951.

En primera instancia el trabajo de la DDS consistió en buscar la normativa vigente en el ámbito nacional y a la vez identificar específicamente lo relativo a la situación de pandemia en la industria frigorífica desde el MSP central.

[Sandra Almirón señala que] «en el casco central estaban ocurriendo reuniones entre autoridades del Ministerio de Ganadería y asesores del Ministerio de Salud para elaborar algunos protocolos, recomendaciones de cómo debería ser el abordaje de estos casos en el contexto dentro del frigorífico. Se elaboraron determinadas recomendaciones que fueron "aterrizadas" en cada uno de los frigoríficos por los equipos técnicos de salud de planta. Hay una cosa que tenemos que tener clara y es que nosotros como Ministerio de Salud Pública nos amparamos en el decreto n.º 127 del 13 de mayo de 2014, y el decreto n.º 126 del 6 de mayo de 2019 que reglamenta la ley n.º 15.965 que ratifica el Convenio Internacional de Trabajo n.º 161. Ello dispone la obligatoriedad de la implementación del Servicio de Prevención y Salud en el Trabajo, [es decir que], en cada centro, [cada] lugar de trabajo que tenga más de trescientos trabajadores haya un equipo de salud integrado por un técnico prevencionista, un médico de salud ocupacional que son quienes abordan este seguimiento interno de los casos y establecen los protocolos. Una de las cosas que se vio después es que justamente no solamente los equipos de salud y prevención en el trabajo estaban actuando sino también la dirección de recursos humanos de cada uno de los frigoríficos, que pasó a ser el informante de lo que está pasando, del número de casos de positivos, negativos, cómo van evolucionando los casos dentro de cada una de las plantas. Lo que sí notamos, y era como decía la compañera, fue que muchos de [estos establecimientos] no constituían brote sino que eran casos aislados en distintos sectores. Se establecieron protocolos internos con base en las recomendaciones de desinfección de cada uno de los lugares; los

distanciamientos, el ingreso en distintos turnos para salir en distintos turnos al almuerzo y a los descansos y fueran alternando para evitar justamente los contactos y para respetar el aforo. Tuvieron una serie de recomendaciones desde el punto de vista ocupacional que colaboraron, que complementaron para que los números no se dispararan a nivel laboral. Sin embargo, lo que nosotros veníamos viendo fue que al haber una circulación comunitaria, todos los cambios en la infraestructura que hicieron a nivel interno, los protocolos y todo los demás no tuvieron el impacto esperado».

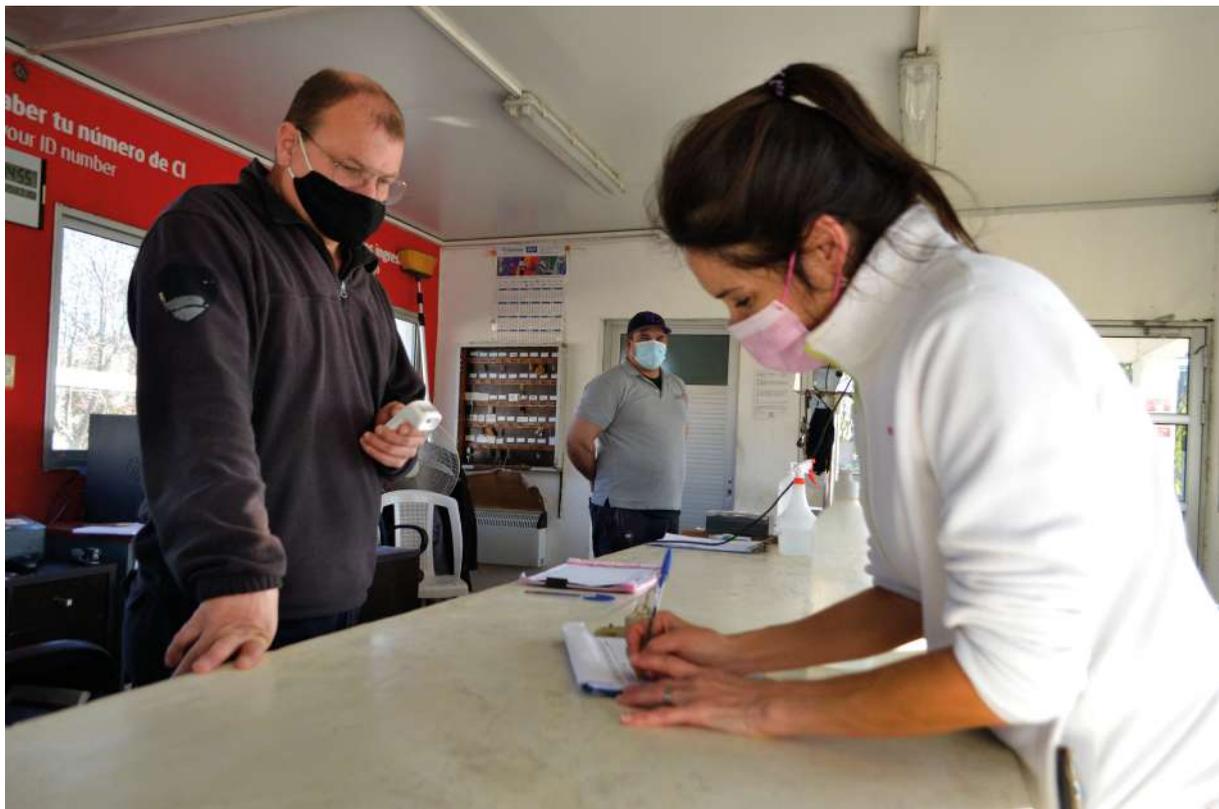
[Agrega Alicia Mariezcurrena] «Porque [los trabajadores] se contagian en otros lados y esos mismos compañeros de trabajo comparten otros ambientes que no eran el laboral donde no se aplicaban los protocolos que sí se aplicaban dentro del propio frigorífico».

Aunque no corresponde estrictamente a lo actuado en 2020, dado el período en el cual se agudizó la situación sanitaria es bueno destacar que en el primer trimestre de 2021 se realizaron reuniones de coordinación con la División Fiscalización del MSP, la asesora en Salud Ambiental y Ocupacional del MSP, doctora Carmen Ciganda, la DDS Canelones y todas las jefaturas de recursos humanos de los frigoríficos, más todas las personas que estas empresas designaron para poner en conocimiento de la situación. En estas reuniones se «refrescó» la normativa vigente y, desde la Unidad de Epidemiología de la DDS Canelones, se pusieron a disposición para el asesoramiento en la confección de protocolos. El Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP) es el ente con más peso dentro de las plantas frigoríficas tanto por la reglamentación como por las competencias y por tanto fue un aliado muy importante para el MSP a efectos de activar los equipos de salud establecidos en los decretos mencionados.

Si bien la coordinación interinstitucional se realizó a nivel del MSP central, la DDS Canelones funcionó como una estructura «espejo» en lo territorial en el ámbito de la fiscalización y la epidemiología. Por las medidas tomadas ante la pandemia, las visitas a las plantas con motivos de inspección y fiscalización no podían realizarse. La DDS Canelones se manejó a nivel de denuncias y de situaciones críticas, como la de los frigoríficos, que se trató de una situación crítica tanto por el interés económico del país como por la cantidad de personas que estas empresas movilizan -entre 600 y 900 personas en cada centro- y el impacto en las localidades donde están asentadas. La situación ameritó el trabajo en equipo y en «burbujas» con apoyos especiales como los de la División Fiscalización del MSP y el MTSS. A la fecha de realización de esta entrevista, principios de mayo de 2021, la DDS Canelones cerraba un brote en el Frigorífico Canelones con el asesoramiento de la referente en Epidemiología de la DIGECOOR, licenciada Silvia Guerra, agregando al trabajo interinstitucional una coordinación por parte de la dirección de la DDS, teniendo comunicación con la organización sindical y los directivos de la empresa para mantener información fluida del monitoreo epidemiológico.

Con respecto al reinicio de las actividades en planta tras las licencias reglamentarias o las que hubiera autorizado cada empresa, o ante casos de ausencias prolongadas por otras razones, la DDS Canelones sugirió el acuerdo entre los prestadores de salud y las empresas para la realización de test antigénicos antes del ingreso a planta de manera de despejar rápidamente los casos positivos, en casos de haberlos. Los test antigénicos o «test rápidos» dan esta posibilidad de obtener en 15 minutos el resultado de una muestra que, de ser positivo, se confirma como caso positivo Covid-19; el resultado negativo debe ser confirmado con un PCR posterior.

[Alicia Mariezcurrena dice] «eso permitía tener una línea de base, es decir, desde acá partimos, una foto del momento de cómo está la fuerza laboral de este frigorífico, en este momento. [Por tratarse de una sugerencia no es obligatoria, y por tanto señala Sandra Almirón] «la importancia de que la responsabilidad de la empresa recaiga en tener sus equipos de gente preparada para poder abordar estos temas y el apoyo del ministerio en proveer de estos test rápidos (...) Ellos no podían abrir la planta si no implementaban un *screening* al ingreso; si bien era una recomendación del MSP no obligatoria, sí era absolutamente necesaria».



Frigorífico Las Moras. Control al ingreso de funcionarios. Las Piedras, Canelones, junio de 2021.

## Servicios de salud en el trabajo

El Convenio Internacional n.º 161 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a los servicios de salud en el trabajo a aquellos servicios con funciones preventivas y encargados de asesorar a empleadores y sus trabajadores acerca de «los requisitos para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo» y «la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental».(9) Asimismo, este convenio señala que los servicios de salud tendrán, entre otras funciones, la de identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo y la vigilancia de los factores del medio ambiente y de las prácticas de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores «incluidos las instalaciones sanitarias, comedores y alojamientos, cuando estos sean facilitados por la empresa».(9)

Uruguay ratificó este convenio por ley n.º 15.965 del 7 de julio de 1988, junto con otros dos convenios de la OIT: el relativo al medio ambiente de trabajo (n.º 148) y el relativo a la seguridad y salud de los trabajadores (n.º 155).(10)

La reglamentación del Convenio n.º 161 está dada en el decreto n.º 127 de mayo de 2014.(11) El artículo 1 de este decreto señala que «con el objeto de promover la seguridad y salud de los trabajadores en los lugares de trabajo, es obligatoria la implementación de los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo». Se agrega que la reglamentación rige en cualquier actividad, cualquiera sea su naturaleza (comercial, industrial, rural, de servicios), sus fines (con o sin lucro) y el ámbito (público o privado).

Las funciones de estos servicios son, naturalmente, consistentes con las establecidas en el convenio de la OIT. No obstante, por su vinculación conceptual directa a lo trabajado por la DDS Canelones, se destacan estas dos funciones: colaboración en la difusión de información y elaboración de planes y programas de emergencia y contingencia para el caso de siniestros dentro de la empresa.(11) Respecto de la integración de los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo el decreto señala que han de ser multidisciplinarios. Las empresas con más de 300 trabajadores, como el caso de los frigoríficos en Canelones, deben contar con un servicio integrado al menos por un médico y un técnico prevenciónista o tecnólogo en Salud Ocupacional, pudiendo ser complementado por psicólogo y personal de Enfermería.(11) Finalmente, el decreto n.º 127/014 estableció un plazo de 5 años para que todas las ramas de actividad implementaran Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo. Este plazo fue modificado por el decreto n.º 126 del 13 de mayo de 2019 (12) a un plazo máximo de 18 meses.

## Recomendaciones sanitarias para la industria cárnica

A fines de 2020, la Dirección General de la Salud del MSP, con el aporte del Grupo Asesor en Salud Ocupacional, el Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina, la Sociedad de Médicos del Trabajo del Uruguay y el aval del MGAP, el MTSS y el INAC, emitió una serie de recomendaciones cuyo ámbito de aplicación alcanza «al procesamiento, preparación y conservación de carne, matanza de ganado vacuno, ovino, porcino, equino, pollos, gallinas, otras aves y ñandúes en frigoríficos y abasto; elaboración de fiambres y chacinados; procesamiento y conservación de pescados, crustáceos y moluscos».(13)

En este documento se lee que los frigoríficos cumplen con elevadas exigencias de limpieza y desinfección para garantizar la seguridad de los alimentos. A la vez se señala que hay determinadas condiciones de trabajo que son propicias para la transmisión del SARS-CoV-2 como las bajas temperaturas en planta, la cercanía física de los trabajadores y la carga física y aumento de la frecuencia respiratoria.(13)

Corresponde a las empresas evaluar el riesgo de exposición y seguir las recomendaciones del Servicio de Prevención y Salud en el Trabajo y la Comisión Bipartita de Seguridad y Salud en el marco de las recomendaciones del MSP y el MTSS. También las empresas deben elaborar un plan de contingencia y construir protocolos de actuación ante casos sospechosos o confirmados de Covid-19.(13)

El documento contiene también los requisitos básicos previos a concurrir al lugar de trabajo, recomendaciones referidas a transporte y movilidad ya sea que se use transporte público o privado, medidas de carácter organizativo, formación e información de las medidas preventivas y medidas de limpieza, higiene y desinfección tanto en lo personal, como en el lugar de trabajo y en el medio de transporte.(13)

Dentro de las medidas de carácter organizativo pueden mencionarse: establecer zonas diferenciadas de entrada y salida adecuadamente señalizadas y horarios de entrada y salida escalonados, controlar temperatura, disponer de cartelería informativa visible, favorecer el teletrabajo cuando la tarea así lo permita, mantener las burbujas en el uso de espacios comunes, mantener un aforo de 2 metros radiales por persona en cantinas y comedores, garantizar un aforo de 9 m<sup>2</sup> por persona en vestuarios con extracción forzada de aire y ventilación con entrada de aire exterior, entre otras.



Equipo de gestión de la DDS Canelones, sede Las Piedras.



Equipo de gestión de la DDS Canelones, sede Ciudad de la Costa.

## DDS Tacuarembó

Tacuarembó está ubicado en el centro norte del Uruguay. Limita con seis departamentos: Rivera, Cerro Largo, Durazno, Río Negro, Paysandú y Salto. Es el departamento más extenso del país donde viven 90.000 personas. Las localidades más pobladas son Tacuarembó, la capital, con 54.755 personas, Paso de los Toros, con 12.985 personas, y San Gregorio de Polanco, balneario con costas sobre el Río Negro, donde viven 3.500 personas.(14)

UPM-Kymmene Corporation, conocida como UPM, es una empresa finlandesa dedicada a la fabricación de pulpa de celulosa, papel y madera. Esta empresa inició sus operaciones en nuestro país en noviembre de 2009 con una primera planta ubicada en la ciudad de Fray Bentos, departamento de Río Negro. Una segunda planta de pasta de celulosa, UPM II, se construye en Pueblo Centenario, en el departamento de Durazno. Se prevé que la planta esté operativa en 2022. En la etapa de construcción, UPM II trabaja con alrededor de 35 empresas en régimen de tercerización de servicios que trasladan trabajadores desde distintos puntos del país. En la fase de construcción de la planta se estima que el promedio de trabajadores es de 3.500 personas.

Pueblo Centenario está a escasos 6 kilómetros de Paso de los Toros, ciudad de Tacuarembó en la que por razones edilicias UPM II facilita el alojamiento de los trabajadores de la planta. Esto hace que la vigilancia epidemiológica relativa a la planta recaiga fundamentalmente en la DDS Tacuarembó a través de su Unidad de Epidemiología, exigida al máximo por el intenso movimiento que supone la construcción de una planta de estas características. Asimismo, la condición de residentes itinerantes de los trabajadores de la planta en Paso de los Toros hizo que la población de esta ciudad se elevara a 20.000 habitantes.

Las primeras actividades de la DDS Tacuarembó respecto de la prevención de la enfermedad apuntaron a la labor diagnóstica y en este sentido se promovieron las gestiones para la instalación de un laboratorio de biología molecular, único en el norte del país. Estas gestiones se realizaron con la Universidad de la República, Facultad de Medicina, Facultad de Veterinaria-División de Laboratorios Veterinarios (DILAVE), Polo Tecnológico del Norte, Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria (INIA) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Cabe mencionar que ya se contaba con instalaciones para la detección de virus por la exportación de carnes. El laboratorio, que funciona en las instalaciones del INIA, pasó de 20 a 40 test diarios a una capacidad actual que ronda los 500.

En forma paralela a estas gestiones, la DDS se abocó, durante marzo y abril, a la búsqueda de lugares con características para funcionar como centros de contingencia Covid-19 ante la eventualidad de ser necesarios. Aquí se contó con la colaboración de la Iglesia Católica por medio del obispo de Tacuarembó, monseñor Pedro Wolcan, que puso a disposición un centro de retiro espiritual de aproximadamente 30 habitaciones.

El progresivo aumento de casos en el departamento, que lo llevó al nivel rojo según el Índice de Harvard a principios de 2021, tiene relación con la ubicación geográfica del departamento y los nexos de distinto tipo -comerciales, laborales, familiares- con los departamentos fronterizos Artigas y Rivera.

El doctor Juan Motta, director departamental de Salud de Tacuarembó, repasa las principales actividades de esta departamental en el contexto de pandemia durante 2020.

«(...) con los funcionarios de la departamental salimos por todo los barrios con lo primero que teníamos a mano, que eran la camioneta y dos parlantes. Al principio ni siquiera teníamos cómo grabar así que salíamos con el micrófono por todos los barrios pidiendo a las personas que usaran la mascarilla, que se lavaran bien las manos, que tuvieran los ambientes ventilados, realmente en eso fuimos pioneros acá en salir enseguida a la comunidad. La oficina departamental realmente ha tenido un rol muy activo y reconocido a nivel departamental. Trabajamos muy bien con la Intendencia Departamental, con el Ejército, con la Policía, con el MIDES, con ASSE. Nos sentamos en una mesa y definimos las acciones a seguir. Lo que prima siempre es la cordialidad y la buena relación con las diferentes instituciones por lo cual cuando hemos solicitado algún apoyo de esas instituciones realmente nos han dado una mano. Por ejemplo, ya hace varios meses que la Intendencia nos está auxiliando con tres administrativos en apoyo a la labor de rastreadores, que realmente nos están dando una mano fundamental y eso ha sido porque se ha trabajado intensamente con la administración pasada de la Intendencia y la administración actual».



Sanitización de ómnibus que traslada trabajadores de UPM II. Tacuarembó, junio de 2021.

Sin dudas que la construcción de la planta UPM II ha significado un gran desafío para esta departamental, por ser Paso de los Toros ciudad alojamiento de sus trabajadores. Esto implicó además acciones de fortalecimiento de la oficina de la DDS Tacuarembó en Paso de los Toros en lo que hace a los recursos materiales y a la organización de los recursos humanos para el control y seguimiento epidemiológico de los barrios de trabajadores que se formaron en la localidad.

«(...) se ha trabajado en conjunto con el director [departamental de Salud de Durazno] porque geográficamente es una zona que le compete al departamento de Durazno, pero hemos estado desde un primer momento activamente trabajando. Es una planta con funcionamiento [importante

no sólo por la cantidad de personas] sino por la cantidad de empresas tercerizadas de diferentes orígenes. Hay empresas tercerizadas que vienen de Salto, otras de Paysandú, otras de Treinta y Tres, otras del área metropolitana, de Canelones, de Montevideo. En una primera instancia ya previendo eso, a principios del año pasado [2020] solicité una reunión con el alcalde de Paso de los Toros, con las autoridades de ASSE, en ese momento vino el doctor [Eduardo] Henderson, [gerente general] de ASSE, también la doctora Rando. Estuvimos evaluando las medidas que se iban a tomar en el futuro (...) a mediados de año llegaron contingentes de otras nacionalidades, tuvimos un gran influjo de argentinos, de brasileños.

(...) la planta de UPM nos ha llevado a dedicarle muchas horas al diálogo con los gerentes, con los capataces, con el SUNCA, con las gremiales. Realmente no ha sido algo que se haya hecho por magia, sino realmente han sido horas y horas que hemos puesto para reunirnos con cada parte, desde el gerente hasta el obrero. Estar en todo el proceso es lo que nos permite elaborar estrategias a futuro. En estas reuniones se fueron estableciendo diferentes estrategias ajustándose a los normativas nacionales para mantener una vigilancia activa y poder detectar precozmente un caso de Covid-19 y poder actuar, en consecuencia, rápidamente. Además se realizan visitas a la planta haciéndose recomendaciones *in situ* para mejorar la aplicación de protocolos (...) [Se hicieron recomendaciones] para el sector de los comedores y también con respecto al transporte, y se corrigió de inmediato. (...) Se visitó en varias oportunidades los lugares donde pernoctan los funcionarios de la planta, tanto por el equipo de Epidemiología de acá de Tacuarembó como de Paso de los Toros, viendo las condiciones en la que cocinan, cómo son los dormitorios (...) también la empresa ha construido una gran cantidad de viviendas prefabricadas, que han sido visitadas. Tenemos la fortaleza de mantener una comunicación directa y fluida en todo momento con los equipos de salud ocupacional de las empresas y la gerencia de seguridad de UPM para lograr una vigilancia activa que nos permita las medidas en forma oportuna».

La Unidad de Epidemiología de la DDS Tacuarembó junto al equipo de salud ocupacional de UPM II desarrollaron una herramienta para el reporte y seguimiento tanto de los casos positivos como de los contactos directos. Esta herramienta, en formato planilla electrónica, recoge los datos de cada caso positivo: nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento, teléfono de contacto, inicio de síntomas, fecha de toma de la muestra, empresa para la cual trabaja la persona, departamento de residencia, prestador de salud y lugar donde realiza el aislamiento. En la misma planilla se agregan los mismos datos de los contactos directos agrupados según sean personas que compartieron el transporte hacia o desde la planta, o convivientes con el caso positivo o compañeros del área de trabajo (cuadrillas). Estos datos son distribuidos a las DDS del departamento donde reside el trabajador o donde hace el aislamiento para el seguimiento y la agilización de las certificaciones médicas, entre otros.

Así como la ubicación geográfica del departamento y sus relaciones de cercanía con los departamentos frontera con Río Grande del Sur fue un factor para el aumento de los casos en Tacuarembó, otra de las razones, emergida fundamentalmente de las notas de prensa, señalaban el incumplimiento de cuarentenas. Esto implicó reforzar las acciones de promoción de salud y todas aquellas vinculadas a la vigilancia epidemiológica.

«Es admirable la capacidad del equipo de Epidemiología, tanto de la licenciada Alicia Rodríguez, como del licenciado Souza y la doctora Ana Núñez. El nivel de compromiso de la gente en primer lugar se gana ganando la confianza de la gente, cuando ven que nosotros estamos para facilitar el cuidado, la atención y que estamos del lado de la gente, la gente responde. Si se ve que en una oficina el manejo es frío, en el cual solamente se recaban datos y se pasan y no se resuelve, la gente obviamente sabe quién responde y quién no. (...) realmente tenemos un muy buen equipo tanto administrativo, con la administrativa Ana Gil que se ha puesto la departamental también al hombro y realmente es de gran ayuda, Carlos Ourives que ha sido fundamental, el funcionario Barrios que realmente está a disposición en todo momento, como por todo el equipo de Epidemiología, y Carlos y Alexis Núñez en Paso de los Toros. Somos una oficina chica pero hemos tratado de cubrir todos los aspectos».

Las actividades de vigilancia epidemiológica en el departamento, en el marco de lo que no es estrictamente Covid-19, incluyen promoción y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, asesoramiento sobre comportamientos saludables y salud mental.

«La Unidad de Epidemiología asesora en cómo realizar una alimentación saludable, confecciona dietas y regímenes de salud adecuados para mantener una buena salud cardiovascular, promueve hábitos contra la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo. En Paso de los Toros se ha asesorado en sustancias psicoactivas».

Como en otras direcciones departamentales, la agenda prioritaria Covid-19 no impidió que la DDS Tacuarembó continuara con las actividades en las demás áreas que le competen. Así, se llevaron adelante acciones en materia de prevención de Dengue, Zika y Chikungunya, salud mental y salud rural.

«Realizamos jornadas de capacitación sobre manejo polipreventivo del suicidio con la participación del director de Artigas, Marcos Leonardi, el director de Paysandú, Carlos Leoni, y con la Facultad de Medicina. Logramos que vinieran docentes a formar. Hicimos un relevamiento de todo lo que es la problemática de la salud rural, visitamos los pueblos más perdidos de la campaña a los que nunca antes se había llegado, estuvimos por ejemplo por Laureles, Tambores, Lambaré, Bañado de Rocha. La gente nos agradecía. Nos pusimos las botas de goma y salimos a recorrer esas calles embarradas de los confines lo que nos permitió tener una noción cabal de la situación sanitaria de nuestro departamento».



Equipo de gestión de la DDS Tacuarembó, sede Tacuarembó.



Equipo de gestión de la DDS Tacuarembó, sede Paso de los Toros.

## DDS Treinta y Tres

Treinta y Tres está ubicado en la zona este del Uruguay. Limita con los departamentos Cerro Largo, Lavalleja, Rocha, Florida y Durazno. La laguna Merín separa al departamento del Estado de Río Grande del Sur, Brasil. Los datos del último censo indican una población total de 48.134 personas, siendo el segundo departamento menos poblado de todo el país. La mitad de la población vive en la capital, Treinta y Tres. Las localidades más pobladas son Ejido de Treinta y Tres, Vergara, Santa Clara de Olimar y Cerro Chato.<sup>(15)</sup> Esta última localidad tiene la particularidad de tener territorio en tres departamentos: Durazno, Florida y Treinta y Tres.

La Dirección Departamental de Salud de Treinta y Tres, dirigida por el doctor José Quintín Olano, llevó adelante una intensa gestión en 2020 referida a la prevención y atención de la Covid-19 en el departamento. En particular, el doctor Olano señala dos eventos que, por sus características, implicaron sendas actividades de control, seguimiento epidemiológico y negociaciones institucionales. Uno de ellos tuvo que ver con la construcción de una nueva planta cementera en el departamento, propiedad de un grupo inversor de origen brasileño, para la producción de cemento Portland y hormigón. El otro evento se dio con la aparición del primer brote departamental en un servicio de salud.

La planta cementera se ubica a 15 kilómetros de la ciudad de Treinta y Tres, 290 kilómetros de Montevideo y a 170 kilómetros de la frontera con Brasil, y tendrá una capacidad operativa de 600 mil toneladas al año.

El movimiento de trabajadores desde Brasil para trabajar en la construcción de la planta y la comprometida situación epidemiológica de ese país en aquel momento, con amplia circulación del virus, significaron desafíos para el control sanitario. El doctor Olano comenta el tema haciendo primero una contextualización de la realidad de la industria cementera en el departamento.

«El departamento de Treinta y Tres tiene seguramente los yacimientos de caliza más importantes del país, y el Estado de Río Grande del Sur es el principal consumidor de este elemento en Brasil. De manera que nuestro mercado está fundamentalmente orientado a venderle al Estado de Río Grande del Sur. En la medida que los yacimientos que hay en Río Grande se fueron agotando o, más que agotando, se fue encareciendo su extracción porque se requería de excavaciones más profundas, el cemento uruguayo empezó a encontrar mercado del lado brasileño. Y muchos de los emprendimientos que hay en el departamento de este segmento son de capitales brasileños. Hay también privados y hay otras explotaciones, donde fundamentalmente el inversor es ANCAP.

Lo que se exporta no es cal, es clinker, fundamentalmente para la construcción, y después hay una cementera en un lugar donde la calidad de la piedra es superior, se llama piedra correctora, y esa piedra sí es de altísima calidad y se usa para mejorar la calidad en otras empresas donde el producto es de menor calidad y esa fue la primera que se empezó a exportar a Brasil, fundamentalmente además porque la planta de generación eléctrica de Candiota, que usted la debe haber oído nombrar por la lluvia ácida que esparce por los campos de Rocha, esos filtros llevan de esta piedra de alta calidad y ese fue el primer mercado que tuvimos. Funcionando en este momento hay una sola ahora, pero después tiene otras que están en *stand by* y una que está en construcción. Porque como todo, el precio del mercado

es lo que significa que la cementera sea rentable o no y acelera las obras o las desacelera. [La que está en construcción es] una obra muy grande. Es una empresa que compró allí los yacimientos, tienen yacimientos para el mercado al que ellos aspiran para aproximadamente unos 200 años, y es una obra que está en construcción, y para que usted tenga una idea, el circuito para recorrer la obra es de unos 3 kilómetros. Cuando usted llega le dicen: “¿quiere ir a pie? ¿O quiere que lo llevemos en una camioneta?” Y uno le dice: “voy a pie”, pero cuando uno recorre la obra, dice, no voy a pie. La cinta transportadora es la más larga de América Latina y además son capitales que tienen industrias similares, en rubros similares, en toda América Latina. Entonces, como todas esas cosas, el número de trabajadores que va a tener cuando esté funcionando no es tan importante, pero el número de obreros que trabajan allí, en la etapa de obra, varían naturalmente según la etapa de la obra en la que se está, pero en algunos momentos de la obra, tiene un número cercano a los 1000 trabajadores. Es mucha gente. (...) además venían a trabajar obreros de diferentes lugares del país. Y había algunas partes de la obra, que por su especialización, Uruguay no tenía el capital humano para desarrollar esa parte, sobre todo el armado de los hornos, y se imponía el ingreso de trabajadores especializados desde Brasil».

92

La obra fue visitada por el equipo de la DDS desde el momento de la instalación, manteniendo además contacto permanente con las autoridades de la empresa. Desde la DDS se reconoce el muy buen trabajo realizado en aquel momento por la empresa en materia preventiva dado el tránsito constante de trabajadores desde distintos lugares de dentro y fuera del país, y la organización, por ejemplo, de comedores y demás espacios comunes en condiciones de seguridad laboral.

«Así que en estas circunstancias, llegaron los dos primeros contingentes de brasileños en abril del año 2020. Eran ciudadanos que estaban habilitados para trabajar en Uruguay; la frontera estaba cerrada, salvo para los uruguayos o para extranjeros con residencia en el Uruguay. Y estos brasileños ya estaban trabajando ahí desde antes del comienzo de la pandemia, por lo tanto eran trabajadores uruguayos, registraban en el BPS [Banco de Previsión Social], tenían cédula de identidad uruguaya y constituían la figura de extranjeros con residencia legal en el país y, por lo tanto, estaban habilitados a ingresar desde Brasil. Afortunadamente, se acordó con la empresa que, cuando vinieran contingentes de estos trabajadores, porque estaban trabajando acá pero sus familias estaban en Brasil, en los más diversos lugares de Brasil, nosotros tomáramos conocimiento del ingreso de estos trabajadores para poder establecer el control».

En la primera etapa de la obra el movimiento de trabajadores brasileños superó las 100 personas. Para su llegada se implementaron corredores sanitarios, fletaron ómnibus y con estrictos protocolos, fueron acompañados durante todo su trayecto hasta los lugares donde realizaron las cuarentenas. La Dirección Departamental de Salud de Treinta y Tres, con el apoyo de la Intendencia Departamental y el Ministerio del Interior, estableció un sistema para poder controlar el cumplimiento de los protocolos, de los hisopados y la evolución del contingente de brasileños que llegaron en la primera etapa. Es habitual que en estos grandes emprendimientos productivos las empresas faciliten el alojamiento a sus trabajadores en zonas cercanas a la planta. Los trabajadores comparten vivienda en grupos y esto hizo que, cuando se dieron casos positivos a Covid-19, se rearmara la ingeniería de

los alojamientos para aislar a los contactos. A la vez, dado que la capacidad de testeo y de existencia de laboratorios en el país para procesar los test era escasa, se organizó la realización de hisopados para cumplir estrictamente con los plazos.

«(...) se logró en aquel momento que estos brotes se mantuvieran dentro del contingente de brasileños y que no significaran la aparición de ningún caso en la población de Treinta y Tres (...) se logró mantener aislada a esa población de tal manera que se cumplieron sus cuarentenas, todos tuvieron cuadros leves. [El control en los domicilios se hizo bastante difícil], había denuncias de abandono de cuarentena, que de repente eran porque alguien escuchaba a alguien hablando en portugués y pensaba que era un brasilero “escapado” de la cuarentena.

(...) siempre en todo momento mantuvimos y seguimos manteniendo informada a la población, tenemos una excelente relación con la prensa, es más, son nuestros compañeros de trabajo porque los comunicadores son la herramienta a través de la cual nosotros podemos informar a la gente sobre lo que está sucediendo e ir guiando a la población a qué puede hacer (...) El cincuenta por ciento del trabajo en esta situación de pandemia es el que hace la gente cuidándose y con sus conductas individuales. De manera que, nuestra principal herramienta es el pregón y ser creíbles, que la gente confíe en nosotros para que cuando le digamos que por algunas semanas vamos a tener que “quedarnos en casa”, la gente nos crea».

93

En una segunda etapa del seguimiento epidemiológico de la pandemia en relación con el movimiento productivo, desde la DDS se pretendió que las cuarentenas se realizaran fuera de la ciudad de Treinta y Tres, fuera de la planta urbana. Las razones de esta iniciativa tuvieron que ver fundamentalmente con aliviar el estrés en la población originado por el miedo y la incertidumbre ante una enfermedad nueva en el mundo, altamente contagiosa y con reportes constantes desde Europa sobre letalidad y saturación de los servicios de salud.

Se planteó entonces que los siguientes contingentes de trabajadores hicieran su cuarentena en algún lugar de la zona rural, con costos a cargo de la empresa que, como estaban fuera de su planificación, en principio originó alguna dificultad en las relaciones institucionales.

«Ellos colaboraron mucho, es más, los hisopados fueron financiados por las empresas, lo que pasa es que, naturalmente, las empresas ya tenían casas alquiladas en Treinta y Tres y plantearles que esos trabajadores hicieran su cuarentena en una establecimiento turístico significaba un costo importante, porque eso tiene un costo por día, por todos los días que esos trabajadores estén allí y además son muchos trabajadores... A partir de ese momento empezamos a vincularnos directamente con las empresas tercerizadas. Cuando planteamos que las cuarentenas fueran hechas fuera de la planta urbana ahí ya no fue tan fácil, porque legalmente nosotros ya no teníamos herramientas para exigir eso, o sea, en la normativa vigente no hay ningún lugar que diga que se le puede exigir a alguien que no haga la cuarentena en la casa que tiene alquilada en Uruguay. Así que ahí tuvimos una etapa de negociación por momentos bastante tensa pero afortunadamente lo conseguimos y esto trajo mucha tranquilidad a la sociedad de Treinta y Tres».

Como resultado de todo este trabajo de control, seguimiento y negociaciones se forjó en el departamento un vínculo institucional consolidado al día de hoy y que es la principal herramienta de trabajo de la DDS.

«Nosotros trabajamos de común acuerdo con los prestadores públicos, los privados, el gobierno departamental en todas sus áreas, nos reunimos en innumerables ocasiones con los gremios locales, con el PIT-CNT local, con los trabajadores de la empresa, y ese vínculo de cercanía y de colaboración dura hasta ahora y es una gran herramienta que tenemos nosotros incluso con el gremio y las trabajadoras nocturnas a las que en aquel momento les pedimos la colaboración».

El otro evento de consideración epidemiológica que se dio en Treinta y Tres en 2020 fue el del brote ocurrido en el ámbito asistencial. El 18 de junio se confirmó el primer caso en el Hospital de Treinta y Tres y en pocas horas el número subió a 18 y a más de 200 personas en cuarentena. Desde la DDS se llamó a extremar los cuidados y a mantener las medidas preventivas promovidas desde el inicio de la pandemia. La particularidad de este brote, a diferencia del ocurrido en la cementera dos meses antes, fue que se dio en un sector de amplia circulación de usuarios, pacientes y trabajadores de la salud y que, justamente, por afectar a estos trabajadores, pudiera verse resentida la atención a la salud no solamente en un prestador sino en varios dado que este personal suele trabajar en más de una institución. De inmediato se iniciaron las tareas de rastreo reconstruyendo la vida de los casos positivos desde los dos días anteriores al inicio de síntomas, identificando los contactos estrechos de la persona, es decir, cuando hubo contacto físico, sin tapabocas, por más de 15 minutos en un lugar con mala ventilación.

«Cuando tuvimos el foco grande, por ahí por junio, que ahora es chico, pero en aquel momento era grande, tuvimos que acudir a hisopadores de otros departamentos que iban y venían todos los días y tuvimos que tomar algunas medidas de sinergia interinstitucional (...) todos los días, al final del día, hacíamos un racconto de los recursos humanos que teníamos y cómo veníamos y programábamos el día siguiente y ahí veíamos cuántos móviles precisábamos, cuántos hisopadores precisábamos y cómo estábamos en la parte asistencial y [tomábamos] la decisión entre todos los prestadores y nosotros [y decíamos]: “mañana tú cerrarás tu sala de operaciones y le mandas a [este otro prestador] tu anestesista o viceversa” y se centralizaba todo el trabajo desde la dirección de salud (...) Ninguna institución, hasta el día de hoy, le ha pasado la cuenta a ninguna otra si en aquellos momentos le prestó el anestesista o le pasó el pediatra, u operó en el *block* de otra institución. Nadie se pasó una cuenta, esa ha sido nuestra gran fortaleza».

Otra fortaleza deviene del tratamiento de una dificultad: la escasez de recursos humanos. En este sentido, el doctor Olano señala que las actividades de hisopado se aprovecharon para entrenar a muchísima gente en esta técnica, que requiere un manejo certero para obtener una muestra de calidad para el análisis.

«Treinta y Tres tiene un *pool* de hisopadores de altísima calidad...muy importante, y después con la vacunación de la gripe, aprovechamos a capacitar a más de cincuenta vacunadoras voluntarias que tenemos y eso es una herramienta muy importante que tiene Treinta y Tres para el manejo de todo esto y más la solidaridad de todas las instituciones y de la gente (...) que es verdaderamente conmovedor».

En una dirección departamental que, como fue habitual durante todo el 2020 en las DDS, se trabajó a gran ritmo, no sólo el agotamiento es físico.

«Lo que pasa que uno siente el peso de la responsabilidad y de no traicionar la confianza del pueblo de uno, la gente lo ve a uno como una especie de salvador, que es el que va a encontrar la solución a todas estas cosas y bueno tenemos que encontrarlas....para eso estamos, ¿no? Yo siempre le digo a [mi equipo] cuando están complicados: “por suerte que hay problemas”. ¿Porque sabe la especialidad nuestra cuál es? Resolver problemas. (...) Yo creo que la dirección departamental de salud, más allá de que como todo, tendremos algunos que no nos quieren, creo que goza de la confianza de la ciudadanía del departamento, reconocen nuestro trabajo y reconocen nuestro esfuerzo, y es una herramienta muy importante porque necesitamos de la credibilidad de la gente para que la gente adopte las conductas que les estamos recomendando siempre».



Trabajadores en la cementera Cielo Azul. Treinta y Tres, junio de 2021.

## Protocolos en la construcción

El 20 de marzo de 2020 la Cámara de la Construcción del Uruguay, la Liga de la Construcción del Uruguay, la Asociación de Promotores Privados de la Construcción del Uruguay, la Coordinadora de la Industria de la Construcción del Este y el Sindicato Único de la Construcción firmaron un acuerdo de nivel nacional para disponer una licencia extraordinaria en el sector.(16)

En el ítem sobre los antecedentes de este acuerdo se destacó que «la organización y formas de trabajo en la industria de la construcción hacen imprevisible la evolución del virus en los diversos centros de trabajo, localizados en distintos puntos del territorio nacional, pudiendo ser sin querer factor de propagación». (16) Se agregó que las medidas se tomaban en el marco de fuerza mayor que implica la pandemia y que «el resultado de los antes dichos son el reflejo de la solidaridad de los actores sociales puesta al servicio de la República». (16) La licencia se fijó entre el 24 de marzo y el domingo 5 de abril de 2020 inclusive. El mismo 20 de marzo el acuerdo bipartito se presentó en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a los efectos de que el Poder Ejecutivo analizara la viabilidad de la instrumentación en el marco legal vigente.

Las actividades en la industria de la construcción se retomaron en la fecha prevista. Los representantes de la cámaras empresariales y del sindicato firmaron un nuevo acuerdo con las condiciones para el retorno a los centros de trabajo.(17) Se estableció que las empresas debían presentar protocolos con las acciones ante casos sospechosos y confirmados de Covid-19. A la vez, y en materia de inducción, se estableció que a primera hora del día en que se retomasen las tareas los equipos de seguridad y de salud de las empresas debían realizar una charla informativa a todo el personal sobre las medidas preventivas. Para evitar aglomeraciones al ingreso, se previó desfasar el horario de inicio de jornada. El acuerdo también incluyó las medidas de higiene en baños, vestuarios y comedores, la obligación del uso de tapabocas y lavado de manos, la exhortación a disminuir la circulación entre áreas de trabajo y las recomendaciones para evitar la propagación del virus al retorno al hogar.

En los anexos de este acuerdo se lee información sobre la enfermedad, síntomas y propagación del virus, correcto uso de mascarillas y lavado de manos y protocolo de entrada al centro de trabajo. A la vez se estableció, entre otros aspectos, que las empresas debían realizar diariamente la desinfección de las casas que alquilan para alojar trabajadores, la entrega de dos tapabocas de tela a cada trabajador y la desinfección dos veces al día de los vehículos para el transporte de trabajadores.



Equipo de gestión de la DDS Treinta y Tres.

### Referencias bibliográficas

1. Uruguay. Creación e integración del Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet]. Decreto n.º 83 Mar 20, 1996. Available from: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/83-1996>
2. Uruguay. Accidentes de trabajo. Medidas de prevención [Internet]. Ley n.º 5.032 Jul 25, 1914. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/5032-1914>
3. Organización Internacional del Trabajo. Salud y Seguridad de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo [Internet]. Convenio n.º 155 1981. Available from: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312300](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312300)
4. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Consejo Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo [Internet]. Resolución n.º 52 Mar 13, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/institucional/normativa/resolucion-n-52020-conassat-coronavirus-covid-19>
5. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Consejo Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo [Internet]. Resolución n.º 54 Mar 18, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/institucional/normativa/resolucion-n-54020-conassat-coronavirus-covid-19>
6. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Exhortación estricto cumplimiento de las resoluciones 52 y 54. [Internet]. Resolución n.º 137 Jul 20, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/institucional/normativa/resolucion-n-137020-resoluciones-n-52-13-marzo-2020-n-54-18-marzo-2020>
7. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y Proyecciones de Población. 2021; Available from: [https://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_](https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_)

8. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Canelones. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
9. Organización Internacional del Trabajo. Convenio Internacional del Trabajo n.º 161: Servicios de Salud en el Trabajo [Internet]. 1985. Available from: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100\\_ILO\\_CODE:C161](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100_ILO_CODE:C161)
10. Uruguay. Aprobación de convenios internacionales en materia de seguridad, higiene y salud en el trabajo (148, 155 y 161) [Internet]. Ley n.º 15.965 Jul 7, 1988. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15965-1988>
11. Uruguay. Reglamentación del Convenio Internacional de Trabajo 161 relativo a los servicios de prevención y salud en el trabajo ratificado por la ley 15.965. [Internet]. Decreto n.º 127 May 19, 2014. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/127-2014>
12. Uruguay. Déjase sin efecto el inciso 2o del art. 16 y modifícase el art. 5 decreto 127/014 obligación de implementación de los servicios de prevención y salud en el trabajo en varios sectores de actividad. [Internet]. Decreto n.º 126 May 13, 2019. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/126-2019>
13. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Recomendaciones sanitarias para la prevención y control del coronavirus SARS-Cov-2 para la industria frigorífica y demás ramas de la industria cárnica. Montevideo: MSP. 2020.
14. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Tacuarembó. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
15. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Treinta y Tres. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
16. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Normativa, acuerdos y protocolos relacionados a emergencia sanitaria por Covid-19. Licencia de construcción y acuerdo bilateral. 2020 Mar 20; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/politicas-y-gestion/licencia-construccion-acuerdo-bilateral>
17. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Normativa, acuerdos y protocolos relacionados a emergencia sanitaria por Covid-19. Protocolo sanitario para la construcción. 2020 Apr 11; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/comunicacion/noticias/se-acordo-protocolo-sanitario-para-trabajadores-construccion>

# Diagnosticar en el este del país

## Centros de diagnóstico Covid-19. La experiencia en Cerro Largo y en Rocha

Para frenar la transmisión del SARS-CoV-2 y evitar la saturación del sistema sanitario resulta fundamental diagnosticar y atender todos los casos de Covid-19, sean estos leves, moderados o graves. En este sentido, el testeo masivo ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para adoptar las medidas necesarias para controlar la transmisión del virus. Siguiendo estas recomendaciones, Uruguay a partir de marzo de 2020 utilizó las capacidades existentes para realizar pruebas diagnósticas de forma de poder aislar, rastrear a los contactos y aplicar medidas de cuarentena en función de los testeos. Estas capacidades al inicio de la pandemia sólo incluían, en materia de diagnóstico de Covid-19, dos o tres centros (los cuales realizaban unos 100 a 200 test diarios). El cumplimiento del objetivo supuso la necesidad de establecer una red de laboratorios en distintas partes del país para dar respuesta a los requerimientos diagnósticos.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) manifestó su interés en desarrollar en la región este del país centros de diagnóstico de Covid-19. Respecto de las capacidades existentes se debe mencionar que en ruta n.º 9 intersección ruta n.º 15 se encuentra el Centro Universitario Regional del Este de la Universidad de la República (CURE-Udelar), lugar que tiene por finalidad brindar una formación general de nivel universitario y posibilitar el acceso a varias carreras de la Udelar, especialmente para estudiantes del interior del país.

Allí está instalado el Laboratorio de Ecología Molecular - Sede Rocha con infraestructura edilicia, equipamiento de última generación y recursos humanos especializados y amplia experiencia de investigación en el área de Ecología Microbiana Acuática a través del empleo de una gama de técnicas moleculares; dentro de estas están las necesarias para la realización de diagnóstico de Covid-19. La Udelar desde el inicio de la emergencia sanitaria puso a disposición recursos y conocimientos para colaborar en la mitigación y control de la pandemia; más allá de esta situación, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Udelar tienen amplia trayectoria de trabajo en conjunto. En 1998 suscribieron un convenio marco para la integración docente asistencial destinada a la promoción, atención en salud y formación profesional.

El 24 de junio de 2020 el MSP y el CURE-Udelar firmaron un acuerdo de cooperación para la realización del procedimiento de diagnóstico implementado como «kit diagnóstico Udelar-Pasteur-ATGen» para detectar SARS-Cov-2 en muestras clínicas humanas mediante la técnica de RT-PCR.(1) El laboratorio se instaló y comenzó a recibir muestras el 17 de julio de 2020, en su gran mayoría provenientes del prestador público ASSE, y los servicios se extendieron a Maldonado y se ofrecieron a Treinta y Tres.

A noviembre de 2020 Cerro Largo era uno de los departamentos con más casos Covid-19. El procesamiento de las muestras se hacía en Montevideo lo que implicaba toda una tarea de coordinación para la recolección, preparación y envío de muestras y una consecuente demora en la obtención de los resultados. Las autoridades sanitarias locales y centrales identificaron la oportunidad de instalar un laboratorio móvil adquirido por la empresa ATGen para el diagnóstico de Covid-19. El equipamiento fue trasladado el domingo 15 de noviembre por la Fuerza Aérea Uruguaya al aeropuerto de Melo para ser inmediatamente puesto en funcionamiento en el Hospital de Melo.

La instalación de laboratorios como los mencionados requiere del trámite de habilitación correspondiente e incluye contar con un técnico habilitado por el MSP para firma de los análisis y otro técnico habilitado por MSP para el trabajo en laboratorios de análisis clínicos.

La reglamentación del funcionamiento de los laboratorios de análisis clínicos se establece en el Decreto n.º 129 del 8 de abril de 2005.<sup>(2)</sup> El mismo decreto, en su artículo 10, señala que los laboratorios se clasifican en cuatro niveles según su dotación en materia de instalaciones, instrumental y materiales necesarios para la realización de estudios en una o más de las siguientes áreas: hematología, bioquímica, bacteriología, parasitología, inmunología y urgencia. El artículo 13 hace referencia al personal del laboratorio.<sup>1</sup> El área biología molecular se agregó en 2009 a partir del Decreto n.º 173 (3) y en calidad de personal técnico complementario para el área se agregaron licenciados en Ciencias Biológicas orientación Biología Molecular y licenciados en Bioquímica. La regulación para el transporte de muestras de análisis clínicos se fijó por Decreto n.º 382 publicado en enero de 2015. (4) Esta regulación aplica a toda muestra obtenida por un laboratorio emisor, policlínica zonal o en domicilio y a toda personal que intervenga en el transporte y recepción de muestras para análisis clínicos.

## DDS Cerro Largo

Cerro Largo, en el centro-este de Uruguay, tiene aproximadamente 85.000 habitantes. Un poco más del 90% de la población vive en zona urbana y distribuida entre las principales localidades: Melo (la capital), Río Branco, Fraile Muerto, Isidoro Noblía, Aceguá y Tupambaé.<sup>(5)</sup> El departamento, que es el cuarto en superficie tras Tacuarembó, Salto y Paysandú, limita con Rivera, Tacuarembó, Durazno, Treinta y Tres y tiene frontera binacional con Brasil a través de Aceguá y Río Branco.

El primer caso positivo en Cerro Largo se dio en Melo en el mes de mayo de 2020. En los primeros meses de la pandemia en el departamento los resultados diagnósticos tenían una sensible demora por el envío de muestras fuera del departamento, por lo que la instalación de un laboratorio de biología molecular en el ámbito local agilizó la capacidad de respuesta notoriamente. La doctora Mariela Anché, directora departamental de Salud de Cerro Largo, y Julio Mendoza, integrante del equipo de la DDS relataron, entre otros aspectos, el proceso de la instalación del laboratorio en el Hospital de Melo.

«(...) el primer caso que tuvimos en mayo fue un muchacho joven, y bueno, siempre mirábamos con expectativa que aparecieran [casos] en otros lugares y un día me llaman del sanatorio para decirme “doctora, tenemos un paciente positivo”, (...) no teníamos laboratorio y las muestras tanto de [los prestadores de salud] del ámbito privado como del ámbito público iban a Montevideo. Por el lado privado, las llevaban al Sanatorio Americano y de allí ellos derivaban; [por el lado público] desde el Hospital de Melo o desde el Hospital de Río Branco, que era donde se centralizaba, se mandaba a la RAP [Red de Atención del Primer Nivel] de Montevideo y la RAP de Montevideo tenía distintos lugares, como el Hospital Maciel, Instituto Pasteur, o a dónde ellos [dispusieran] de acuerdo con la cantidad de cupos que tuvieran. Eso implicaba que nosotros, para saber un resultado, había veces que llevábamos cinco días, o sea, imagínate lo que implicaba la espera de un resultado tantos días, realmente se hacía engorroso».

<sup>1</sup> El anexo 2 del Decreto n.º 129, sobre recursos humanos, señala que los laboratorios deben tener como mínimo un técnico por cada 60 análisis realizados por día como promedio mensual y un mínimo de un técnico superior, cada tres técnicos complementarios.

## Testear y testear

«Testear y testear... ha sido la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a la pandemia de Covid-19; si no se sabe quién está infectado, no es posible adoptar las medidas necesarias para controlar la transmisión del virus, por tanto el testeo es un punto clave para detener la infección por SARS-CoV-2. (...) Muchos países centraron su principal objetivo en identificar, diagnosticar y tratar los pacientes con Covid-19 graves y en la protección de las personas de riesgo. Pocos han tenido como objetivo identificar y diagnosticar también a los casos asintomáticos, leves o contactos de casos. Uruguay se encuentra dentro de esos pocos países y para poder hacer frente a ello, se hizo imprescindible conformar una red de laboratorios que a nivel nacional pudiesen dar respuesta en tiempo y forma a los requerimientos diagnósticos».(7)

«El diagnóstico de Covid-19 se realiza mediante estudios de biología molecular. La prueba que detecta la presencia de ácidos nucleicos de SARS-CoV-2, a partir de muestras respiratorias, es la más útil para el diagnóstico etiológico, siendo considerado el procedimiento de referencia para la detección de la enfermedad. (...) Para este diagnóstico se requiere de centros especializados que cuenten con equipamiento, infraestructura y personal capacitado para su realización».(7)

## Laboratorio de Análisis Clínicos

«Considérase Laboratorio de Análisis Clínicos aquel establecimiento público o privado que realiza análisis biológicos, microbiológicos, químicos, inmunológicos, hematológicos, biofísicos, citológicos, parasitológicos y todos aquellos que surjan de las nuevas metodologías en materiales que provengan del cuerpo humano con el objeto de realizar un diagnóstico para la prevención, el tratamiento y seguimiento de cualquier patología, así como proporcionar una evaluación de la salud de los seres humanos. Todo Laboratorio de Análisis Clínicos podrá proveer un servicio de consulta y asesoramiento que abarque todos los aspectos del trabajo de laboratorio incluyendo la interpretación de resultados y consejo sobre análisis apropiados posteriores, ajustado al ejercicio profesional correspondiente».(2)

Con el primer caso y las perspectivas epidemiológicas, las autoridades sanitarias habilitaron el envío de muestras al laboratorio ATGen. En este marco la DDS Cerro Largo armó un dispositivo para la recolección y envío de muestras que implicó a funcionarios de la departamental, al prestador de salud público ASSE, al prestador de salud privado Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL) y a la agencia de transporte Rutas del Plata que une Río Branco con Montevideo. La frecuencia de ómnibus que se utilizó fue la que partía a las tres de la madrugada con llegada a la capital a las nueve. Más adelante se incorporó un servicio de cadetería del laboratorio ATGen para la recepción de muestras. Esta operativa era seguida muy de cerca para controlar las condiciones de seguridad de traslado y la efectiva llegada a destino.

«Pasamos ese brote [en Río Branco] vino un poco de calma... surgían algunos casos, tuvimos Fraile Muerto, había que ir a Fraile Muerto, entonces cuando se tomaban las muestras dependíamos de la ambulancia o de alguien que nos trajera [las muestras], tan es así que un sábado el chofer de la ambulancia estaba encuarentenado, no había quien trajera y yo le digo a mi marido "aprontá el mate que vamos a ir a Fraile Muerto" y ¡mi marido pensó que íbamos de paseo!

(...) cuando tuvimos el brote grande a fines de octubre principios de noviembre en Melo (...) el volumen fue tan importante que lo que hicimos fue centralizar en la dirección departamental la llegada de las muestras de los distintos prestadores (...) todo venía acá entonces a nosotros, antes de mandar la encomienda, nos implicaba chequear todo eso, vos imagináte que las mismas funcionarias que habían estado rastreando también tenían que, entre ellos estaba Julio, chequear que estuviera el formulario, que coincidiera el nombre en el tubo, con las cédulas, que estuviera todo bien...

(...) cuando estábamos en esa eclosión tuvimos el apoyo de la licenciada Silvia Guerra [referente epidemiológica de la DIGECOOR], viene Silvia Guerra para darnos una mano con el seguimiento de los casos y todo eso y Silvia comenta que el laboratorio había comprado un aparato nuevo y estaba viendo dónde lo instalaba (...) nosotros ya teníamos el puesto de frontera de ATGen en Río Branco y en Aceguá, que ese es otro capítulo aparte cuando se empieza a exigir para el ingreso de los camioneros el hisopado o hacérselo allí en la frontera (...) [con] la posibilidad de que el laboratorio [que ya tenía puesto en frontera se instalara en la ciudad] se cerraba el circuito...».



Laboratorio móvil. Llegada al Aeropuerto de Melo en avión de la Fuerza Aérea Uruguaya. Melo, Cerro Largo, noviembre de 2020.

## ATGen

ATGen es una empresa biotecnológica de capitales nacionales, fundada en 2001. Su origen es el de ser el primer *spin off* incubado en la Facultad de Ciencias de la Universidad de la República, lo que determina su carácter innovador y le ha valido múltiples premios y reconocimientos. En la actualidad cuenta con las divisiones Salud Humana, Salud Veterinaria y Co-Work abocadas en su conjunto al desarrollo, la fabricación y la representación de productos biotecnológicos innovadores, así como a brindar servicios a instituciones de salud pública y privada, nacionales y regionales. La empresa desarrolla y produce reactivos de diagnóstico *in vitro* utilizados por laboratorios clínicos y bancos de sangre en toda América Latina (Fuente: <http://www.atgen.com.uy/sitio/nosotros/>).

Las gestiones para la llegada del equipamiento de ATGen a Cerro Largo se hicieron al más alto nivel e incluyeron a ministro y subsecretario de Salud Pública, dirección general de la DIGECOOR, dirección del Hospital de Melo, dirección de la regional de ASSE y autoridades del laboratorio ATGen. El equipamiento, con capacidad para la realización de 300 test diarios PCR, llegó al Hospital de Melo el domingo 15 de noviembre en el C-130 Hércules de la Fuerza Aérea Uruguaya.

«(...) fue una fiesta, para nosotros y fue una fiesta para el departamento porque siempre como que la región noreste está medio olvidada por distintos motivos (...) a los poquitos días vino el presidente [Luis Lacalle Pou] y fue al laboratorio y estuvo con las rastreadoras (...) ahí empieza otra historia, el laboratorio se instala y realmente da una respuesta que ya no es departamental sino regional (...) la llegada del laboratorio nos dio otra seguridad y otra respuesta al usuario, la tranquilidad de que vos estás haciendo las cosas en tiempo y forma, a los funcionarios ni que hablar que les cambió la vida porque hoy se quedan hasta las dos, las tres de la mañana porque están cargando datos o a veces llamando gente pero en aquella época era además preparando todo esto, en aquellos momentos era agotador, realmente era agotador».

Como se ha dicho, ATGen tenía ya instalados puestos de frontera en Río Branco primero y en Aceguá después, con intensa coordinación con la DDS Cerro Largo.

En Río Branco, el puesto está al lado de la oficina de migraciones que, al ingreso de inmigrantes o refugiados, notifica a la DDS Cerro Largo para la autorización de hisopado y posteriormente trasladar a un lugar de aislamiento para hacer la cuarentena. Para el puesto de Aceguá, que al principio funcionaba en el local de la Alcaldía muy cerca de migraciones, la DDS realizó sendas gestiones en lo refiere a la realización de charlas informativas en Aduanas, identificación de personal para cubrir horarios diarios extensos, fines de semana y feriados, y la habitual coordinación con ómnibus para el traslado de muestras a la capital. A la vez, gestionó el acondicionamiento de las instalaciones para las cuarentenas en coordinación con otras instituciones como Prefectura Naval, empresas del circuito comercial y otras fuerzas vivas locales para conseguir, por ejemplo, colchones, cocinas y otros enseres domésticos. La escuela rural n.º 81 Colonia Ceres, a 8 kilómetros de Melo, vacía de alumnos por entonces, se constituyó en lugar para la recepción de refugiados mediante la activación del protocolo correspondiente para la atención de las personas extranjeras que ingresan a nuestro país, que también incluye al personal de transporte de cargas.

«(...) pasa que vos no tenés el resultado en el momento, el camionero llega, se hace [el hisopado] y sigue y vos rogás para que el hombre haga las cosas bien (...) cuando detectamos que alguno [con test de resultado positivo] está en Montevideo y está retornando, lo que tenemos que armar es un dispositivo sanitario, que se le haga una escolta a través de policía caminera, eso lleva una articulación».

[Julio Mendoza agrega] «hubo casos que por distintas razones no se pudo contactar, te acordás cuando se apagó el teléfono, no contestaba, entonces se averiguó que estaba en tal lado y llamaste a la policía para que lo ubicaran».

En palabras de los integrantes de la DDS una de las claves para el trabajo en pandemia es la articulación, que resumen en la expresión «aprendimos a hacer eso, ya sabemos a quiénes tenemos que llamar».



Equipo de gestión de la DDS Cerro Largo.

## DDS Rocha

Rocha es un departamento costero y fronterizo ubicado al este del país, donde nace el sol de la patria. Cuenta con aproximadamente 74.000 habitantes, (6) limita con los departamentos de Treinta y Tres, Lavalleja, Maldonado y el Estado de Río Grande del Sur de Brasil. La principal ciudad fronteriza del departamento es Chuy, donde se desarrolla una actividad social y económica de carácter binacional.

Rocha se extiende a lo largo de 180 kilómetros de costa sobre el Océano Atlántico. Conocida por sus playas y oferta turística es una de las zonas de Uruguay más visitadas tanto por turistas nacionales como extranjeros.

El doctor Diego Pintado, director departamental de Salud de Rocha, informó el acuerdo de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Universidad de la República (Udelar) sobre la implementación del Laboratorio de biología molecular para el diagnóstico de Covid-19 por PCR en el Centro Universitario Regional del Este de Rocha (CURE-Rocha), siendo esta iniciativa uno de los desafíos más importantes para enfrentar la pandemia en esta región del país. Pintado señaló que gracias a la coordinación y conjunción de esfuerzos de diversas instituciones entre las que se destaca la participación de la Intendencia Municipal de Rocha y del Hospital departamental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el proyecto pasó de ser una idea difícil de concretar a una iniciativa con resultados muy beneficiosos para el país. Este laboratorio pasó a ser un centro de referencia de la región este.

«(...) se intentó buscar la cooperación de todos los actores locales, si bien se generó a partir del trabajo mancomunado entre el MSP y la Universidad de la República a nivel local con el CURE, también recibimos la colaboración de la Intendencia de Rocha y de los diferentes prestadores de salud, fundamentalmente del Hospital de Rocha, colaborando ya sea en materiales, logística, etcétera, e inclusive personas del departamento se acercaron con el único objetivo de aportar cada uno su granito de arena». [El laboratorio no es] «solamente de diagnóstico de Covid-19 [sino de todo lo referente al área de Ecología Microbiana Acuática], por suerte ahora el laboratorio ya puede abarcar toda la región este. Tiene una capacidad (...) [de] diagnóstico Covid-19 de aproximadamente 80 [test RT-PCR] por día. (...) [También] El laboratorio del CURE participó a través del envío de varias muestras positivas para Covid, en diferentes trabajos donde se identificaron los genomas virales que estaban en juego a nivel fronterizo».

En este sentido, el CURE colaboró en proyectos de investigación con referentes del área de Virología tendientes a comprender la dinámica de Covid-19, en particular en lo referido a la vigilancia epidemiológica de las variantes que circularon en la zona este, información que facilitó la gestión sanitaria del control de la enfermedad.(1)

El director departamental destacó los beneficios para el rastreo y control de la enfermedad el tener capacidades diagnósticas propias instaladas a nivel territorial.

«(...) test que podían llegar a demorar más de 48 horas, nosotros teníamos los resultados en menos de 24 horas, te diría que a las 12 horas».

Las características antes planteadas de la región este del país y más específicamente del departamento de Rocha requirió respuestas específicas de las autoridades.

«El laboratorio ha podido realizar hisopados ahí mismo (...) a través de un servicio de tickantel destinado para extranjeros y gente que vino como turista al departamento y que de repente no tenían una cobertura médica dentro del sistema sanitario uruguayo. Ofreciendo la oportunidad de que se hicieran los hisopados allí mismo».

La instalación del laboratorio refleja también otra característica referente a la estrategia de enfrentamiento de la epidemia, el esfuerzo conjunto de diversas instituciones con presencia en el interior del país para afrontar problemáticas diversas. El hecho de que Rocha limite con Brasil mediante una frontera seca compuesta de múltiples vasos comunicantes entre ambos estados también delimitó la estrategia de control elegida. Mientras que a nivel nacional se coordinó entre diversas instituciones en múltiples niveles, el nacional, el departamental y el local, la principal vía de coordinación con las autoridades brasileñas se dio a nivel local.

«(...) es muy difícil explicarle a nuestros capitalinos de Montevideo lo diferente que puede ser esta frontera. El Chuy tiene determinadas características, si bien es una frontera seca, por la disposición de las aduanas, inclusive de la oficina de migración, hace que exista una franja que muchas veces no está ni del lado brasileño ni del lado uruguayo. Entonces el control obviamente se hace muy difícil (...) existen políticas a nivel nacional, que son totalmente diferentes en lo que es Brasil a lo que es Uruguay. Eso también ha hecho que tuviésemos que redoblar los esfuerzos en lo que tiene que ver con el trabajo epidemiológico que se realizó a nivel fronterizo; por ejemplo con el rastreo, con la vigilancia epidemiológica, porque era muy difícil aunar esfuerzos con nuestros colegas del vecino país».

La inmigración fue uno de los desafíos particulares que hubo que enfrentar en la frontera. Si bien estas estaban y continúan cerradas, los acuerdos de Naciones Unidas a los que Uruguay adhiere permiten la acogida de personas que solicitan refugio por razones políticas y/o humanitarias. Esto implicó el trabajo en conjunto con Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores, la Dirección Nacional de Migración del Ministerio del Interior, Cruz Roja y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) de las Naciones Unidas, así como otros organismos.

«(...) en este período que nos tocó hubo mucha migración predominantemente de cubanos y venezolanos. El Chuy en general es muy cosmopolita, de hecho ingresaron hasta personas de Bangladesh (...) tuvimos que generar centros de contingencia por supuesto también con la colaboración del Hospital de Chuy y otras organizaciones que se manejan a nivel de frontera y muchas veces darle cobijo a los inmigrantes, algunos venían en condiciones muy malas, venían básicamente del norte brasileño, y muchos de ellos con Covid.

Acá intervinieron muchas instituciones, el ejército en lo que tuvo que ver con la toma de temperatura, el control a nivel fronterizo, tanto de la gente que iba hacia el Chuy como de los que venían desde Chuy, mientras se mantuvo el cierre de fronteras y siempre las autoridades brasileñas también en contacto con nosotros, en comunicación permanente con

el Prefeito del Chuy. Por otro lado las autoridades sanitarias, de ambos países... hubo muchas, muchas personas y organizaciones que actuaron a nivel fronterizo. No quiero utilizar la palabra éxito. La tarea se realizó en conjunto y ese fue el resultado de nuestro trabajo».

En lo que hace a la dinámica general del trabajo durante la emergencia sanitaria, la Dirección Departamental de Salud de Rocha trabaja a nivel de una unidad de Epidemiología con rastreadores en frontera y en todo el departamento junto a grupos inspectivos del Ministerio de Salud Pública y de la Intendencia Departamental. Se controla el cumplimiento de los protocolos especialmente en la época veraniega en la que llegan al departamento muchos turistas y paseantes que quintuplican la población estable; aunque la frontera se cerró a extranjeros, las costas de Rocha fueron elegidas por muchísimos uruguayos.

«Después, por otro lado, el control las 24 horas, dado que nos llamaban constantemente, a veces por posibles aglomeraciones o de repente gente que podía llegar a incumplir las cuarentenas, ese es un trabajo continuo, uno tiene que estar alerta permanentemente. Quiero destacar el trabajo de rastreo; de repente teníamos un caso positivo y teníamos un promedio de 30 contactos, y a esas 30 personas se les estaba llamando, se les estaba contactando y ya coordinándoles inclusive el hisopado con sus prestadores de salud».

En todas las direcciones departamentales se repiten conceptos respecto de enfrentar una situación sanitaria nueva, sin antecedentes en el país, que requirió hacer uso de saberes y experiencias adquiridas en diversos contextos.



Laboratorio CURE-Udelar. Rocha, junio de 2021.

«(...) hemos tenido, ya te digo, muchos inconvenientes, producto de que para todos nosotros esto fue nuevo; lo que me ayudó mucho en lo personal, fue el hecho de haber estado trabajando 10 años en España y mantener el contacto con mis compañeros de allá, que por supuesto tenían una situación muy crítica, y de alguna manera, me iban adelantando lo que acontecía en Europa, y uno que conoció las dos realidades, ponía las barbas en remojo y trataba muchas veces de evitar cuestiones de contagios y problemas que ellos ya habían tenido allá y que nos pudieran ocurrir aquí en nuestro departamento y en el país».

El trabajo de la DDS en materia de Covid-19 en 2020 se llevó adelante sin descuidar otras dimensiones y contingencias de la actividad sanitaria.

«(...) teníamos que tener en cuenta las diferentes zoonosis que se podían llegar a dar aquí en el departamento, verificar por ejemplo que no hubiera casos de dengue, tuvimos algunos casos de fiebre "Q" y nos contactamos con el frigorífico para solucionar las situaciones, es decir, siempre se iban presentando diferentes escenarios más allá de Covid».



Equipo de gestión de la DDS Rocha.

## Actividades del CURE-Udelar para el centro de diagnóstico

Montar por un período inicial de seis meses un centro de diagnóstico Covid-19 en el CURE Sede Rocha.

Procurar la habilitación de dicho centro ante el MSP.

Recibir y procesar las muestras enviadas por la DDS Rocha.

Entregar el informe de diagnóstico a la DDS Rocha en un lapso no mayor a 48 horas desde la recepción de muestras.

Acondicionar los residuos para su disposición final.

Contribuir con equipo técnico y equipamiento científico.

Colaborar en proyectos de investigación tendientes a comprender la dinámica de Covid-19 y de las variantes que circulen en la zona Este.

A junio de 2020 el Laboratorio de Biología Molecular (centro de diagnóstico Covid-19) era el único en el este del país equipado con tecnología de última generación, nivel de bioseguridad 2 y experiencia en investigación en comunidades microbianas completas y en diagnóstico de agentes infecciosos humanos.

## Actividades del MSP para el centro de diagnóstico

Autorizar al Laboratorio de Ecología Molecular del CURE para realizar diagnósticos de Covid-19.

Garantizar la toma de muestras mediante consentimiento informado con fines de investigación.

Hacer llegar las muestras al centro de diagnóstico.

Proporcionar los materiales de seguridad para la realización de los tests.

## Procedimiento de diagnóstico

A partir de las muestras de hisopados proporcionadas por la Dirección Departamental de Salud de Rocha se realiza la inactivación y extracción de ácido ribonucleico viral. Luego se procede al estudio diagnóstico por la técnica de RT-PCR en tiempo real. La extracción y amplificación del material genético del agente SARS-CoV-2 se realiza mediante el uso de los kits desarrollados por investigadores del Laboratorio de Virología Molecular/Evolución Experimental de Virus de la Facultad de Ciencias de la Udelar y el Instituto Pasteur. Los kits necesarios para la aplicación del procedimiento los proporciona el laboratorio mencionado en el marco del acuerdo de trabajo Udelar-Instituto Pasteur-MSP.

Los resultados se entregan a las autoridades sanitarias de acuerdo con las directivas dadas por el MSP.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Tomado del expediente solicitud de habilitación 12/001/1/3685/2020.

**Referencias bibliográficas**

1. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo de cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República-Centro Universitario Regional del Este [Internet]. Jun 24, 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/25045>
2. Uruguay. Reglamentación de funcionamiento de laboratorios de análisis clínicos [Internet]. Decreto n.º 129 Apr 8, 2005. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/129-2005/1>
3. Uruguay. Reglamentación de funcionamiento de laboratorios de análisis clínicos. Modificación. [Internet]. Decreto n.º 173 Apr 28, 2009. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/173-2009>
4. Uruguay. Modificación del Decreto 129/005 relativo a la reglamentación de funcionamiento de laboratorios de análisis clínicos [Internet]. Decreto n.º 382 Jan 12, 2015. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/382-2014>
5. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Cerro Largo. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
6. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Rocha. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
7. Ballesté, R. El laboratorio en el diagnóstico de COVID-19 en Uruguay. *Revi Med Urug* [Internet]. 2020;36(3):243–5. Available from: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/553>

# Contener más que aislar

## Centros de contingencia Covid-19. La experiencia en Colonia y en Durazno

Los centros de contingencia Covid-19 están destinados a la estadía de personas en situación de vulnerabilidad impedidas de cumplir con las indicaciones para la disminución de la transmisibilidad del virus SARS-CoV-2. Los centros cumplen varios objetivos, entre ellos, brindar asistencia a Covid-19 positivo leves o asintomáticos en el ámbito comunitario de forma de evitar el traslado al hospital, lo que contribuye a mantener el acceso a servicios a pacientes con otras patologías y a disminuir la tasa de infección en trabajadores de la salud.

A principios de 2020 el Ministerio de Salud Pública desarrolló una guía práctica para la instalación de centros de contingencia Covid-19 en el Uruguay. Esta guía (1) orientó el trabajo de las direcciones departamentales de Salud en la materia. En la guía se pueden leer aspectos relativos a los criterios de ingreso y de egreso, normativa, arquitectura, habilitaciones, tipo de infraestructuras y posibles usos, equipo de gestión, fiscalización, control de infecciones, gestión de residuos, comunicación e informática, alimentación y principales actividades, productos y recursos humanos involucrados en cada etapa del proyecto.

112

Uno de los insumos para la elaboración de la guía fue el documento *Recomendaciones técnicas para la elección de Sitios Alternativos para Atención Médica (SAAM)* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyos principales componentes para la planificación e instalación de un SAAM son servicio y sistema, personal, instalaciones, equipamientos y suministros y apoyo operacional.(2) Este documento de la OPS señala que «la capacidad de respuesta de las redes integrales de servicios de salud, tanto a nivel local como nacional, determinará cuándo se requiera montar sitios alternativos de atención médica».(2) A la vez se agrega que la escalabilidad de los casos, el tipo de pacientes y la capacidad de las instalaciones disponibles son la referencia para establecer qué tipo de atención se puede prestar en el SAAM, en qué sitio y con qué personal.

## DDS Colonia

Cerca de 123.000 personas viven en Colonia, departamento del oeste del Uruguay separado de la República Argentina por el río Uruguay y el Río de la Plata. Tiene límites además con los departamentos Soriano, Flores y San José. Colonia del Sacramento, la capital del departamento, es un reconocido centro turístico internacional en donde vive una quinta parte de la población; el resto se distribuyen principalmente entre las ciudades Carmelo, Juan Lacaze, Nueva Helvecia, Nueva Palmira y Rosario.(3)

Como otras direcciones del país, la Dirección Departamental de Salud de Colonia (DDS Colonia) tuvo el desafío de la instalación de centros de contingencia para alojar a aquellas personas que por diversas razones no tenían dónde realizar el aislamiento o cuarentena que establece el protocolo para Covid-19. La instalación de estos centros requiere de un esfuerzo interinstitucional e interdisciplinario para la atención integral de las personas en lo que respecta a lo edilicio, a la atención de la salud, higiene, alimentación, confort, etcétera. Las DDS cumplen un papel clave tanto en el rol de coordinación como en la logística, establecimiento y cumplimiento de protocolos.

En Colonia se instalaron tres centros de corta estadía, se firmaron dos comodatos para el uso de las instalaciones y se generaron acuerdos y coordinaciones para el funcionamiento. El punto de partida que originó la necesidad de centros de contingencia fue la situación de residentes en los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). Sobre el tema amplía la doctora María Alejandra Torres, directora departamental de Salud de Colonia.



Iglesia de La Paz. Colonia Valdense, Colonia, junio de 2021.

«(...) cuando tomamos la Dirección Departamental de Salud nos encontramos con que había muchos ELEPEM sin recorrer, sin relevamientos ni fiscalizaciones. Entonces empezamos a trabajar en ir a visitar los hogares de ancianos, hacer relevamientos y tratar de ver las necesidades (...) empezamos a ver que algunos hogares de ancianos eran muy carenciados. Pedimos ayuda al CECOED, a la Cruz Roja, a determinadas alcaldías, porque veíamos que si ahí entraba la Covid los abuelos no iban a poder sobrevivir. En Nueva Helvecia se hace una feria anualmente, la feria del chocolate, se arman *stands* con venta de productos, y bueno, el alcalde en ese momento de Nueva Helvecia desarmó la feria y me dio las mamparas y con ellas pudimos hacer separaciones en un hogar de ancianos que tenía las divisiones con cortinas muy viejitas; pintamos el hogar, conseguimos alimentos, ropa, abrigo y pudimos hacer de un hogar muy pobre un lugar más digno para los abuelos. No podíamos sacarlos de ahí, no teníamos otro lugar, entonces ahí surgió la idea de buscar centros de contingencia para los abuelos que sufrieran Covid».

El Ministerio de Salud Pública a través de su dirección departamental en Colonia identificó tres lugares con condiciones para centro de contingencia Covid y en dos casos se firmaron comodatos para el uso de instalaciones.

«(...) recorrí todas las ciudades del departamento y en cada ciudad hablaba con los alcaldes, hablaba con la gente que estaba involucrada y que le interesaba el tema social (...) en Tarariras me ofrecieron una casa pastoral donde pudimos ahí alojar a unos camioneros paraguayos, después hablé con Monseñor Collazzi que cedió parte de la Iglesia de la Paz que está en Colonia Valdense, donde hacen retiros espirituales, que es como un hotel. Después en Nueva Palmira la mutualista CAMOC cedió el local de la antigua policlínica».

Tener identificados y gestionados los lugares para centros de contingencia cuando aún no eran estrictamente necesarios fue un logro de la planificación sanitaria que permitió enfrentar con eficacia situaciones imprevistas.

«(...) unos argentinos que habían huido, en plena pandemia cruzaron el río Uruguay en una balsa, llegaron al Uruguay y la fiscal y todos nos pidieron que como era tema sanitario teníamos que darles alojamiento. Ya teníamos el alojamiento en Nueva Palmira y lo pudimos usar. El CECEOED [Centro Coordinador de Emergencias Departamental] dio cuinetas, conseguimos alimentos con el hospital local, con el ejército, Prefectura iba a buscar la comida al Centro Auxiliar de Nueva Palmira, la policía se encargó de la custodia (...) siempre conseguimos cosas de todos lados para poder ayudar a la gente, que en principio eran para los abuelos pero después terminaron siendo para quienes se contagiaban de Covid. El trabajo en el CECEOED al principio costó porque era imponer algo nuevo, pero después fue todo fácil, a medida que se iban sucediendo las cosas íbamos viendo cómo resolverlas. Eso también fue un desafío, al principio no fue fácil pero lo logramos».

El Puerto de Colonia, ubicado frente a la capital argentina, puede considerarse el principal puerto de pasajeros fluviales del país dadas las instalaciones con las que cuenta y el movimiento de pasajeros y vehículos. En 2019 el tráfico de pasajeros alcanzó un total de 1.858.895 pasajeros y el movimiento de vehículos fue de 132.647. El departamento tiene también un puerto en Nueva Palmira dedicado al movimiento de mercadería.(4)



Vista interior de la expoliclínica de CAMOC. Nueva Palmira, Colonia, junio de 2021.

## Centros de contingencia. Tipo de infraestructuras y posibles usos (7)

<b>Edificaciones con particiones horizontales y verticales</b>			
<b>Ejemplo</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>	<b>Uso recomendado</b>
<b>Hoteles Residencias de estudiantes</b>	Presentan una distribución espacial muy similar a las áreas de hospitalización, por lo que pueden ser una herramienta muy rápida a la hora de preparar un centro. Disponen de almacenes internos, cocina, comedores, salones de reuniones, zonas de vestuarios para personal, etcétera.	En el caso de que sean infraestructuras privadas, su tiempo de uso podría tener un costo o entrar en conflicto con los intereses económicos de los propietarios. Difícil manejo de control de infecciones, principalmente en relación con los criterios de limpieza del ambiente cercano al paciente. Limitaciones en la adaptación de los espacios, dado que las divisiones horizontales se encuentran hechas y tienen formas fijas.	Aislamiento y control de pacientes leves y moderados. Alojamiento para personal de salud. Permite restringir los movimientos de los pacientes confirmados o sospechosos.
<b>Edificaciones sin particiones</b>			
<b>Centros de culto, clubes deportivos, hangares, bases militares, centros logísticos, recintos feriales, estadios deportivos, fábricas</b>	Flexibilidad a la hora de diseñar los espacios destinados a la atención clínica. Los espacios exteriores tienen gran capacidad de estacionamiento, vallados, controles de accesos. Generalmente son edificios públicos, lo que conlleva un costo menor en su uso alternativo.	Espacios grandes que requieren un importante esfuerzo e inversión financiera para los trabajos de remodelación en las instalaciones para adaptar los espacios de trabajo a los procedimientos y tipos de cuidados, servicios (laboratorio y diagnóstico, esterilización de equipos médicos, cocina y lavandería), etcétera.	Hospitalización para pacientes leves con vulnerabilidad, moderados, graves y/o críticos, tanto con IRAG (incluido COVID-19) como para pacientes no infecciosos.

Fuente: Píriz, V. y Batista, W. (coordinadores). (2020). Plan Nacional Coronavirus. Guía centros de contingencia Covid-19. Montevideo: MSP. p. 15. Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Covid-19. Recomendaciones técnicas para la elección de Sitios Alternativos de Atención Médica (SAAM), 2020, p. 7. Washington D.C.: OPS/OMS.

## Comodatos

Entre los últimos días de octubre y los primeros días de noviembre de 2020 se firmaron los comodatos para la instalación de centros de contingencia en el departamento de Colonia. En Nueva Palmira, el Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC IAMPP) cedió en préstamo de uso el edificio antiguo de la policlínica. En Colonia Valdense, la Iglesia Católica Apostólica Romana, Diócesis de Mercedes, cedió la Casa Diocesana San José (excluyendo la capilla) con alcance Soriano y Colonia. En ambos casos los locales se destinan para «atender la necesidad de alojamiento a personas que requieran aislamiento por sospecha o que están cursando la enfermedad Covid-19» y el MSP contrae las siguientes obligaciones:

- No cambiar el destino establecido.
- Mantener el inmueble en buen estado de conservación.
- Conservar la tenencia y por lo tanto no ceder a terceros.
- Asumir los servicios de luz eléctrica, agua, teléfonos y otros que se generan con la ocupación.
- En el caso del comodato con la Iglesia Católica se agrega una cláusula referida a no realizar actividades reñidas con sus principios.(8) (9)

«(...) al principio de la pandemia [el puerto] estaba operativo, ahí tuvimos todo el tema de los turistas, de la gente, de los extranjeros hasta que después se cerró la frontera, pero en los primeros meses estuvo intenso el trabajo».

La comunicación con la población se realizó fundamentalmente a través de comunicados difundidos por los medios de comunicación, vía que también se utilizó para vencer algunas resistencias sobre la instalación de centros de contingencia.

«(...) a la gente del pueblo no le gustaba mucho que viniera gente para ser cuarentenada y bueno, se les explicaba por medio de los medios y pudieron entender y en Palmira, cuando tuvimos unos camioneros paraguayos [en cuarentena] hasta les alcanzaban alimentos, les donaban alimentos, les llevaban comida».

Finalmente desde la DDS Colonia se destaca el trabajo en equipo:

«No nos conocíamos y al final todos terminamos trabajando en equipo y comprometidos, y luchando con la pandemia, es muy positivo, estamos con la camiseta puesta y en este lugar se trabaja de sol a sol, no es que la gente que trabaja acá termina su turno y se va porque después desde su casa siguen ayudando. La pandemia es muy intensa, continuamente aparecen casos positivos, entonces nosotros tenemos que llamar a la persona positiva, a los contactos, hacer el hilo epidemiológico y eso no lo puede hacer una sola persona, lo tenemos que hacer en equipo y es muy desgastante, entonces nos necesitamos entre todos para poder hacerlo, y este equipo se caracteriza por ser compañero y siempre estar atento a las necesidades del departamento».

117



Equipo de gestión de la DDS Colonia.

## DDS Durazno

Casi 60.000 personas viven en Durazno, departamento del centro del Uruguay. Casi el 90 % reside en zona urbana, y como en otros departamentos del país, prácticamente la mitad de la población vive en la capital, Durazno. Sarandí del Yí es la segunda ciudad según cantidad de habitantes, allí vive cerca de un 12 % del total de la población.(5) Durazno limita con Río Negro y Tacuarembó a través del río Negro, río que cruza de este a oeste todo el país, y con Cerro Largo, Treinta y Tres, Florida y Flores.

Uno de los principales desafíos que impuso a las autoridades locales la pandemia por Covid-19 fue el de identificar lugares para la instalación de centros de contingencia. Los centros de contingencia Covid -19 son dispositivos pensados para alojar y brindar atención integral a personas que por alguna razón no puedan realizar la cuarentena vinculada a esta enfermedad en las condiciones necesarias. En este departamento es el caso de las personas mayores residentes en algunos Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) o personas que ingresan al país desde el extranjero, como transportistas de carga y trabajadores zafrales que llegan desde otros países.

Fruto del trabajo conjunto en el Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED) de Durazno se instaló un Centro de Contingencia de Corta Estadía en la Casa de Deportes del Complejo Deportivo Municipal perteneciente a la Intendencia de Durazno, y se generaron acuerdos y coordinaciones con diferentes instituciones para cubrir las necesidades de funcionamiento. A este centro se trasladaron residentes de dos ELEPEM en los que hubo brotes del virus SARS-CoV-2.

El doctor Luis Ayçaguer, director departamental de Salud de Durazno, y Vanessa Alonzo, referente epidemiológica de la DDS Durazno, repasan los principales acontecimientos vinculados al centro a partir de la situación de los ELEPEM.

«Primero hicimos un relevamiento de todos los centros [ELEPEM], una inspección de todos los centros tanto de acá como del interior del departamento. Vimos cómo estaba el estado de cada uno, la cantidad de gente que había y las modificaciones que se podían ir realizando en el correr de las visitas sucesivas. Cuantificarlos y registrarlos fue fundamental. En las sucesivas entrevistas fuimos viendo cómo ellos evolucionaban con respecto a las mejoras que habíamos solicitado».

En este departamento también se implementó el acuerdo firmado entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por el cual tanto ASSE como FEPREMI se comprometieron a coordinar la atención en el primer nivel de atención de los usuarios de los ELEPEM en el interior del país durante la emergencia sanitaria, independientemente de a qué prestador de salud pertenezca cada usuario.(6) Así, la atención se repartió en forma equitativa entre ASSE y el prestador privado departamental Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR IAMPP). Dos establecimientos no contaban con las condiciones adecuadas para el aislamiento y eso impulsó la búsqueda de un «Centro Covid». Antes de la puesta en funcionamiento se realizó un simulacro con la llegada de una paciente con Covid-19 de baja complejidad.

[La Casa de los Deportes] «es una casa que se ideó hace 5 o 6 años como un hotel. Hay cantidad de habitaciones con baño, lugares de recreación y entonces la Intendencia nos lo cedió en caso de necesidad para aislar a las personas. Y así fue como pasó en dos casos que evacuamos ELEPEM y fueron todos para allí».

[Vanessa Alonzo agrega sobre la atención en el centro que] «el prestador asignado al ELEPEM fue el que se hizo cargo de la atención con su personal de salud: personal de enfermería y médico, rondas periódicas. El personal del ELEPEM fue a su domicilio, casi todos fueron positivos a Covid-19».



Vista exterior de la Casa de los Deportes. Durazno, junio de 2021.

El centro de La Casa de los Deportes también albergó a trabajadores de la esquila oriundos de Sarandí del Yí que volvían de España y que, de acuerdo con los protocolos, debían realizar cuarentena. En estos casos la alimentación se organizó por medio del Regimiento y la Intendencia y el control médico con los prestadores integrales de salud del departamento. Una vez que los hisopados fueron negativos los trabajadores abandonaron el centro.

La experiencia en coordinación interinstitucional en contexto de emergencia es un valor agregado que tiene el departamento y en particular el CECEOED, debido a las inundaciones que se repiten dos veces al año desde hace varios años.



Vista interior de la Casa de los Deportes. Durazno, junio de 2021.

«El CEOED de acá, Vanessa también lo puede decir, tal vez sea uno de los mejores del país porque tenemos años de inundaciones, toda una vida de inundaciones. Trabajamos de memoria, y además muy integrados con la parte de las Fuerzas Armadas que colabora muchísimo, sobre todo el Ejército. En general las resoluciones son por unanimidad y ahora nos reunimos 3 o 4 veces por semana, pero hubo un período que nos reuníamos todos los días, sábado y domingo incluidos, y a veces de mañana y de tarde por las circunstancias, sobre todo cuando estamos en rojo. El CEOED tiene una dinámica muy aceiteada. Saca una resolución todas las tardes y cada 15 días se hace una conferencia de prensa».

[Dice Vanessa Alonzo que] «en todo lo que es coordinación el CEOED ya está acostumbrado a trabajar así, y con lo de la pandemia nos pasó eso, como que ya lo pensamos más o menos como una inundación».

La Policía es uno de los actores destacados por el director departamental:

«La Policía tuvo un rol importante porque hemos tenido que recurrir en muchas ocasiones a la policía para contactar los positivos, que a veces no contestan, y los contactos, que a veces no responden. Hemos tenido una coordinación muy importante con el Jefe de Policía y eso nos ha ayudado mucho. La Policía y la Intendencia y nosotros hemos hecho un trío muy ordenado y muy ajustado».

Mantener informada a la población implica un vínculo importante con los medios de comunicación. Desde la DDS Durazno se señala que diariamente se reporta cantidad de hisopados, personas cursando la enfermedad y fallecidas, y en el

## Referente en Epidemiología

Las DDS cuentan con al menos una persona dentro del equipo con el rol de referente en Epidemiología. Son tareas de este rol:

- \* Reproducir a nivel departamental los lineamientos de funcionamiento de la red de vigilancia establecido por el nivel central.
- \* Impulsar y sostener la conformación de la red de vigilancia a nivel departamental.
- \* Procurar el correcto funcionamiento de las notificaciones obligatorias y desarrollar las actividades de campo necesarias para la correcta vigilancia epidemiológica en todo el departamento.
- \* Participar en tareas de entrada, procesamiento y análisis de datos.
- \* Realizar búsqueda activa de datos.
- \* Realizar informes técnicos requeridos por la superioridad.
- \* Participar en la confección de materiales didácticos.
- \* Realizar tareas de coordinación y asesoramiento a integrantes de la red de vigilancia.
- \* Participar en los equipos técnicos de trabajo.
- \* Cumplir la guardia telefónica epidemiológica de primer nivel.
- \* Participar en las actividades de capacitación a nivel central.
- \* Realizar toda otra tarea afín encomendada por su superior.

Quienes cumplen el rol son egresados del área de la salud y en general cuentan con formación en algunas de estas disciplinas: Salud Pública, Epidemiología, gestión de servicios de salud y promoción de la salud.

## Aguas que dieron tregua

El desborde de los ríos en 2020 dio tregua a las actividades de evacuación de la población que vive en zonas inundables. Según el informe proporcionado por la coordinación departamental del CECOED de Durazno,<sup>1</sup> 4 familias de Santa Bernardina se autoevacuaron y 1 familia fue evacuada en el campamento Las Higueras, cuando el río alcanzó una altura máxima de 8.45 metros. El año más crítico de los últimos tiempos fue el 2007, donde el río alcanzó una altura máxima de 13 metros, 5.728 personas (1432 familias) fueron evacuadas y 2.000 autoevacuadas y un total de 1.500 fincas afectadas con pérdidas totales superiores a los seis millones de dólares.

Para el alojamiento de las personas evacuadas se cuenta con los Centros de Integración Barrial, estratégicamente ubicados en la ciudad, donde se instalan campamentos con carpas proporcionadas por el Ejército. En 2007 fueron 16 los centros; actualmente son 8. Estos centros tienen salón multiuso y en algunos hay gimnasio. Asimismo, se cuenta con un comedor y una casona cómoda y moderna que en 2020 quedó disponible como centro para personas adultas mayores con Covid-19.

Los eventos ocurren con una frecuencia de 3 veces por año, lo que ha consolidado en el departamento una estrategia de atención a la emergencia en el marco del CECOED del cual son integrantes activos: Intendencia Departamental de Durazno, DDS Durazno, MIDES, Ministerio del Interior (Policía, Bomberos y Policía Caminera), Ejército, Fuerza Aérea y, según las últimas resoluciones, Fiscalía y el INAU. Además, el informe mencionado señala que, según el evento y el tema, otras instituciones están a la orden: OSE, UTE; ANTEL, ANCAP, Ministerio de Transporte y Obras Públicas, Educación Primaria, Educación Secundaria, Junta Departamental, Centro Comercial, RAP-ASSE, entre otros.

---

<sup>1</sup> Agradecimiento al señor Flavio Scott, coordinador del CECOED Durazno, por la información proporcionada con la cual se construyó este segmento del capítulo.

caso de los ELEPEM, cantidad de personas internadas en el hospital y evolución y cantidad de personas en el centro de contingencia.

«La mayor dificultad que tuvimos fue la falta de personal por lo cual Vanessa se vio recargada, al ser la única rastreadora que tenemos. Somos esclavos de esta situación porque no hay sábado, no hay domingo, no hay feriado, no hay familia, sobre todo para ella. (...) Entonces eso es traumático, llega un momento de fatiga y de a veces dificultades familiares importante (...) Nosotros hemos tenido que designar personal administrativo para este trabajo, pero no sólo eso. Tuvimos que pedir a la Intendencia, tenemos 2 funcionarios de la Intendencia permanentes acá. La Intendencia nos ha prestado un apoyo bárbaro porque es tremendo el trabajo de ver los contactos, no teníamos ni teléfonos para llamar a tantos contactos. Con respecto a los resultados estamos conformes porque nosotros mantenemos una trazabilidad adecuada, lo puede decir Vanessa».

«Creo que sí, que nosotros al principio, cuando otros departamentos estaban con muchos casos, acá veníamos realmente medios *light*, lo veíamos desde afuera hasta que nos tocó a nosotros. En diciembre fue la locura porque fueron los brotes en los ELEPEM, empezó a haber más trabajo, más gente a llamar, más contactos... desde ahí no hemos parado. Y es como dice el doctor, no tenemos sábado ni domingo. Con los ELEPEM nos consultan continuamente qué hacer, cómo seguir. Es todo el tiempo. Ahora no tenemos ningún caso en ELEPEM».

Según los entrevistados, Durazno es uno de los departamentos con mayor movilidad del país. En pueblo Centenario, en el límite de Durazno con Tacuarembó, se instaló la planta de celulosa UPM II en la que trabajan unas 3.500 personas que se mueven desde y hacia la planta desde distintos lugares del país. A la vez, la construcción de la vía férrea y otras obras de caminería, y la existencia de tres frigoríficos son otras razones para la movilidad interdepartamental. No obstante estas dificultades para la gestión sanitaria, el balance que se hace es positivo tanto en lo que refiere al trabajo de coordinación, articulación y epidemiológico, como en lo que hace al trabajo en equipo.

«(...) la experiencia ha sido muy positiva, y lo importante para mí es que ha demostrado la unión que ha habido en Durazno entre todas las instituciones (...) Y la otra cosa importante es acá en la departamental (...) Si hay algo de lo que puedo estar realmente orgulloso es del personal de acá porque si no trabajamos todos juntos y hay dificultades las cosas no salen bien (...) acá el personal trabaja sábado, domingo, yo les pido que vengan los domingos y los domingos están acá y eso creo que es algo sumamente positivo que nos hace trabajar en equipo».

[Agrega Vanessa Alonzo] «Cada uno tenía la tarea, pero esto nos unió muchísimo a tener que salir adelante juntos, porque si no nos juntábamos iba a ser imposible, y el doctor ayudó mucho en eso».



Equipo de gestión de la DDS Durazno.

123

### Referencias bibliográficas

1. Píriz, V. y Batista W (coordinadores). Plan Nacional Coronavirus. Guía centros de contingencia Covid-19. Montevideo: MSP. 2020.
2. Organización Panamericana de la Salud. Covid-19. Recomendaciones técnicas para la elección de Sitios Alternativos de Atención Médica (SAAM). 2020; Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-tecnicas-para-eleccion-sitios-alternativos-atencion-medica-saam>
3. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Colonia. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
4. Administración Nacional de Puertos. Cifras-2019. Puertos del Uruguay. 2020; Available from: <https://anp.com.uy/sites/default/files/archivos/parrafo-colapsable/2020-10/Cifras 2019.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Durazno. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
6. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Acuerdo de cooperación interinstitucional FEPREMI-ASSE. Montevideo, Uruguay; May 8, 2020.
7. Píriz, V. y Batista W (coordinadores). Plan Nacional Coronavirus. Guía centros de contingencia Covid-19. Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. (2020). Covid-19. Recomendaciones técnicas para la elección de Sitios Alternativos de Atención Médica (SAAM) [Internet]. Montevideo: MSP; 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones->

- tecnicas-para-eleccion-sitios-alternativos-atencion-medica-saam
8. Ministerio de Salud Pública, CAMOC IAMPP. Comodato. Préstamo de uso en calidad de comodato inmueble sito en José Pedro Varela 1070, localidad catastral de Nueva Palmira. Fuente: archivo DDS Colonia. Colonia, Uruguay; 2020.
  9. Ministerio de Salud Pública, Iglesia Católica Apostólica Romana. Comodato. Préstamo de uso en calidad de comodato inmueble Casa Diocesana “San José”, localidad catastral de La Paz. Fuente: archivo DDS Colonia. Colonia, Uruguay; 2020.

# Promover salud y prevenir Covid-19

## La pandemia en el centro del país. La experiencia en Flores y en Florida

Los departamentos del centro de nuestro país tuvieron la particularidad de un arribo tardío del virus SARS-CoV-2. La casi inexistencia de casos positivos posibilitó en el año 2020 que las direcciones departamentales de Salud hicieran énfasis en tres de las nuevas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): (1)

- Vigilancia en salud pública, control y gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
- Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer entornos y comportamientos saludables;
- Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

La función *vigilancia en salud pública, control y gestión de los riesgos para la salud y las emergencias* consiste en «el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas».(1)

La función *acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer entornos y comportamientos saludables* «contempla las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo y favorecer los entornos saludables».(1)

La función *gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud* «abarca el conjunto de iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, aunque gran parte de estos no se encuentren bajo el control directo del sector de la salud. (...) El papel principal de las autoridades de salud para el ejercicio de esta función es actuar como socios en el desarrollo y la implementación de las iniciativas».(1)

La articulación interinstitucional e intersectorial de políticas públicas fue factor clave para poner en práctica planes de contingencia para Covid-19. En este sentido destaca la existencia en cada departamento de un subsistema de emergencias. Los subsistemas de emergencia departamentales se inscriben en el ámbito del Sistema Nacional de Emergencias (SINAE). El artículo 1 de la ley n.º 18.621 (2) señala que es un sistema público y de carácter permanente para proteger a las personas, los bienes de significación y el medio ambiente ante situaciones de desastre. Para ello se coordina el uso adecuado de los recursos públicos y privados disponibles para propiciar las condiciones de un desarrollo nacional sostenible.

El artículo 11 de la ley n.º 18.621 define a los subsistemas de emergencias como «instancias de coordinación y ejecución descentralizada y primaria de actividades de prevención, mitigación, atención, rehabilitación y recuperación, ante el acaecimiento eventual o real de situaciones de desastre con impacto local, y en

el marco de las políticas públicas de descentralización consagradas en nuestra legislación nacional».(2)

Cada subsistema tiene un Comité Departamental de Emergencias (CDE) (artículo 12 de la ley n.º 18.621) como órgano responsable de la formulación de políticas y estrategias de gestión del riesgo en consonancia con las políticas globales del SINAIE, y un Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED) (artículo 14 de la ley n.º 18.621), que es el ámbito de articulación operativa para la gestión integral del riesgo. En este contexto, el MSP a través de sus direcciones departamentales de Salud (DDS) coordina junto con los prestadores de salud la atención de salud que sea necesaria y despliega los protocolos de epidemiología cuando sean pertinentes.

El decreto n.º 65/020, (3) reglamentario de la ley n.º 18.621, establece que los CED estarán integrados por el Intendente respectivo o quien este designe en su representación, quien lo presidirá, el Jefe de Policía Departamental, el Jefe de Destacamento de la Dirección Nacional de Bomberos del Ministerio del Interior, y representantes de los ministerios de Defensa Nacional, Desarrollo Social y Salud Pública.

En cuanto a los CECOED, el mismo decreto en su artículo 10 establece, entre otros, que deben asistir a los CED «en todos los procesos de elaboración de políticas, planes, protocolos, procedimientos, matrices y mapas de riesgo de emergencia o desastre, inventarios y mapas de recursos, entre otras herramientas».(3) También deben apoyar operativamente en las situaciones de emergencia, establecer protocolos de coordinación para una articulación fluida e implementar acciones de gestión de información.

La promoción de salud «permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación».(4)

Promover salud implica un esfuerzo colaborativo entre personas, comunidades e instituciones para crear las condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud».(5) En tanto, el objetivo de la prevención es mayormente prevenir y evitar la enfermedad.

## DDS Flores

Flores, con 25.050 habitantes, es el departamento de Uruguay con menor cantidad de población.<sup>(6)</sup> Está ubicado en la zona centro del país y limita con el río Negro al norte y con los departamentos Durazno, Florida, San José, Colonia y Soriano. En 2020 fue uno de los departamentos con menos casos de Covid-19. La DDS dedicó entonces gran parte del tiempo a trabajar en prevención y promoción de salud, lo que le significó una serie continua de actividades en educación sanitaria para mantener el estatus de departamento con un número mínimo de casos.

La DDS Flores se enfocó en la concientización de la comunidad para mantener hábitos saludables y en las medidas para evitar la enfermedad. Llevó adelante múltiples estrategias adecuadas a tramos etarios y grupos de población. Fueron clave también la coordinación interinstitucional y una estrategia comunicacional pensada y adecuada a la población local.

Andrés Grezzi, director departamental de Salud, y Lucía Reyes, integrante del equipo de la DDS Flores comentan cómo se construyó en Flores esa mirada de departamento saludable con el CECOED y sobre todo la comunidad local como grandes aliados.

«(...) Flores se caracterizó por tener pocos casos de Covid, si bien tuvimos uno de los primeros casos que hubo en el país de una persona que vino del extranjero y ya rápidamente tuvimos que aprender sobre la marcha cómo manejar algo totalmente nuevo. Desde el principio con colaboración del CECOED y sobre todo con mucha participación del intendente se desarrollaron muchas políticas de prevención del tema Covid tanto a nivel de prensa, con salidas permanentes para realizar las recomendaciones de prevención, como también con una fiscalización permanente, que empezó muy temprano acá en el departamento, con una coordinación con el CECOED, y con la participación del Ministerio de Salud Pública, la Intendencia, el Ministerio del Interior. Se armaron unos equipos de fiscalización que a veces a diario salían a diferentes lugares, como comercios, restaurantes, toda la actividad nocturna que había en ese momento (...) también estos equipos fiscalizadores educaban en el uso de tapabocas y con todo lo que era el distanciamiento físico. Se logró que la población nos acompañara en todo eso que le brindamos y en lo que nosotros íbamos aprendiendo, porque esto era todo nuevo para nosotros. Yo creo que es de destacar el trabajo conjunto que hubo entre diferentes instituciones y a veces desinteresado porque teníamos gente en su momento, por ejemplo de acá de la dirección de salud, que salía a fiscalizar de forma totalmente honoraria e incluso en horarios nocturnos, hay un mérito de todas las partes (...) los locales nocturnos eran fiscalizados hasta tres veces en la misma noche para ver si realmente se cumplían con las medidas, incluso trabajando en conjunto con la Intendencia para poder sancionar si alguno no cumplía con ciertas medidas (...) la mayoría nos acompañaron y hubo muy pocas sanciones, yo creo que la gente se puso la camiseta, por decirlo de alguna manera (...) la idea siempre partió primero de educar.

Y a parte yo creo que, después, la población, por el hecho de ver que Flores estaba siempre en verde en el mapa, con pocos casos, llevó a que se entusiasmará y tuvieran un orgullo de su departamento y quisieran que eso se mantuviera, que siempre fuéramos los que tuviéramos menos [casos]».

Las actividades de educación se complementaron con una sostenida campaña de comunicación local que aprovechó distintas vías y formatos. Se distribuyeron materiales creados en el marco del CECOED, se apostó a los denominados «carros parlantes» instrumentados por la Intendencia, bomberos y la policía para la distribución de mensajes en los espacios públicos en general con recomendaciones de no aglomeración y uso de tapabocas. Las apariciones en los medios de comunicación locales mediante entrevistas y conferencias de prensa fueron otras de las herramientas utilizadas para mantener informada a la población de las medidas de prevención.

«(...) se hizo propaganda de todo tipo, también, lógicamente, televisión, radio y todas las formas de redes sociales, para tratar de llegarle a todo el público (...) en un momento en el que queríamos llegarle mucho a los jóvenes por la ocupación de los espacios públicos y aglomeración, bueno, también esa propaganda o esa parte de prensa estuvo enfocada mucho a los jóvenes.

(...) Durante 2020, prácticamente todas las semanas, había reunión de lo que llamamos acá el Comité de Emergencia, y generalmente al terminar había conferencia de prensa de lo que se quería comunicar. Y a parte se hacían comunicados escritos, como te decía, tratando de llegar a todo el espectro de gente, por ejemplo a los jóvenes les llegás mucho más por las redes sociales que por un comunicado de prensa o salir en la televisión, entonces se buscaba con ayuda de prensa de la Intendencia, que tienen un equipo conformado, ver cómo llegarle a cada población para que captara esa información y qué era lo que les queríamos decir».

Desde esta dirección departamental destacan el trabajo realizado con jóvenes y el buen relacionamiento con los prestadores de salud tanto para la atención de las personas como para la coordinación de hisopados.

«(...) teníamos por ejemplo que realizar hisopados en el área rural y nunca tuvimos problema, era simplemente llamar, levantar el teléfono y hablar con ellos para que se pudiera realizar la coordinación, creo que hemos tenido un trabajo en conjunto entre todas las instituciones que ha sido impecable».

Ese trabajo en conjunto tuvo un pilar fundamental en el personal de la propia DDS que, en situación de pandemia, se adaptó y cumplió diversos roles.

«Todos al fin y al cabo terminaron siendo rastreadores, todos terminaron llamando a contactos, dada la poca gente que trabaja acá había que aprender y colaborar. Todos también estuvieron en la parte de promoción, en la parte de fiscalización y sobre todo lo que era el seguimiento de los pacientes Covid, no solo detectarlos si no después llamarlos y ver cómo están y si necesitan algo. En algún momento vimos que a mucha gente se le imposibilitaba realizar la cuarentena correctamente por temas económicos, eso en algún momento hubo que hablar con la Intendencia, con el MIDES [Ministerio de Desarrollo Social] para por ejemplo conseguir canastas [de alimentación] o la forma de que la gente pudiera cumplir la cuarentena y que no pasara mal, o el acompañamiento psicológico, porque esto afecta no solo la parte de la salud física sino también de la salud mental».

## Componentes de la promoción de la salud

La promoción de la salud tiene tres componentes básicos: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables. En particular en lo que respecta a la educación sanitaria dice la Organización Mundial de la Salud que «Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud».(4)

## Funciones Esenciales de Salud Pública

**Pilares para actualizar y revitalizar el campo de acción de la salud pública:(1)**

Pilar 1. Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas.

Pilar 2. Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones.

Pilar 3. Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.

Pilar 4. Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública.



Otro de los aspectos importantes que destaca es el trabajo llevado adelante en 2020 en los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). Funcionarios de la DDS fiscalizaron desde el principio y realizaron tareas de educación sanitaria dirigida a dueños y direcciones técnicas de los establecimientos. La comunicación fue fluida a través de una línea telefónica siempre abierta y grupos de whatsapp creados a los efectos. No hubo ningún caso positivo en 2020.

130

Una de las herramientas de promoción de la salud mental que produjo la DDS Flores y que fue más que propicia en el contexto de la emergencia sanitaria por las condiciones de exigencia y estrés del personal de la salud fue la *Guía departamental de promoción del autocuidado y prevención del síndrome de Burnout*.

«Esta guía calzó justito en esta pandemia, era una forma de brindarle a toda la gente afectada una ayuda y formas de cómo combatir este síndrome. Con la participación de los prestadores de salud, con la colaboración [del programa] Uruguay Crece Contigo y de la Secretaría del Deporte no solo se explica lo que es el síndrome de Burnout sino que se da pautas a seguir, como la buena alimentación, hacer deportes y toda la parte médica y psicológica como para poder combatirlo».

El trabajo del año en la DDS abarcó también la actividad de promoción en las escuelas y en los liceos con énfasis en la Semana del Corazón, y en materia de prevención, la campaña de vacunación antigripal donde se destaca que casi se triplicó la cantidad de personas vacunadas respecto de años anteriores debido a la identificación e instalación de un lugar estratégico para realizar la vacunación en forma masiva (la plaza de deportes) y la extensión de la campaña a toda la ruralidad. La agenda del año incluyó también la inauguración de un puesto de salud en la localidad Juan José Castro, donde viven hoy día aproximadamente 150 personas (el dato reportado por el INE según el último censo de población fue de 97 personas). (6) Esta población por razones de accesibilidad reclamaba el servicio.

«(...) el puesto de salud que había no podía funcionar más en el lugar que estaba, porque estaba en una escuela, y bueno, todavía con todo este tema de la pandemia, no era el mejor, no estaban las condiciones edilicias y no era el mejor lugar. Hubo un trabajo en conjunto entre el Ministerio de Salud Pública, la Intendencia y la RAP de ASSE. Se consiguió que unas empresas donaran módulos y con la colaboración de la Intendencia en todo lo que era conseguir el terreno, la nivelación del terreno, y a través del Ministerio con mobiliario, se logró instalar un puesto de salud en esa localidad y en realidad quedó hermoso».

# Nuevas Funciones Esenciales de Salud Pública (1)

## *Evaluación*

FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.

FESP 2. La vigilancia en la salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.

FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.

## *Desarrollo de políticas*

FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.

FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.

## *Asignación de recursos*

FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud.

FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.

FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.

## *Acceso*

FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.

FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.

FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

## Guía de Burnout

Esta guía es una herramienta para uso personal, profesional y/o institucional, con conceptos básicos y claros, definiciones, pautas para una correcta alimentación y realización de actividad física, qué hacer y a dónde acudir en caso de necesitarlo y también un listado de los centros existentes en Flores.

Realizada por el equipo de la Dirección Departamental de Salud de Flores, contó con la colaboración de expertos en nutrición y educación física, el programa Uruguay Crece Contigo y la Secretaría del Deporte en Flores y los equipos de salud mental del Ministerio de Salud Pública, Cooperativa Médica de Flores (COMEFLO) y Hospital de Flores (ASSE).

Los contenidos de la guía se organizan en diferentes niveles con un texto principal acompañado de un texto más pequeño con tips, mensajes, info y consejos que no pueden faltar y abarcan aspectos tales como la definición del síndrome, sus causas, a quiénes afecta, las formas de detección y de prevención y el listado de centros a los cuales acudir en caso de ser necesario.



Equipo de gestión de la DDS Flores.

## DDS Florida

En el departamento Florida viven 67.000 personas y prácticamente la mitad reside en su capital de igual nombre. Por cantidad de habitantes, Sarandí Grande es la segunda ciudad más importante, seguida de Casupá, Fray Marcos, 25 de Agosto y 25 de Mayo (que tienen alrededor de 2.000 habitantes) y Alejandro Gallinal y Nico Pérez (que tienen entre 1.000 y 2.000 habitantes).(7) Seis departamentos del Uruguay le rodean: Durazno, Treinta y Tres, Lavalleja, Canelones, San José y Flores.

El primer caso por Covid-19 en el departamento ocurrió el 1 de setiembre de 2020, casi cinco meses después de la declaración de emergencia sanitaria nacional. Esto permitió que la DDS Florida hiciera énfasis en el trabajo de fiscalización, inspección, entrega de protocolos, asesoramiento a instituciones que forman parte del Comité Departamental de Emergencia, y en la consideración en particular de las poblaciones vulnerables, como las que residen en los Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM).

La doctora Andrea Herrera, directora departamental de Salud de Florida y Mariángel Mutuberría, referente epidemiológica de la DDS Florida, comentan sobre las actividades llevadas adelante en 2020 en el marco de la emergencia sanitaria.

134

«Esta departamental visitó todos los ELEPEM, los fiscalizó a todos previo a los primeros casos de Covid, se insistió en el uso de protocolos que eran enviados desde la Dirección General de la Salud [del MSP], y después tuvimos una segunda instancia de visita, ya no de fiscalización sino por donaciones. En la medida que el tema de ELEPEM empezó a generar cierta sensibilidad en la población, porque es un población vulnerable con respecto a Covid, acá la Asociación de consignatarios de ganado hizo una enorme donación de alcohol en gel, guantes y tapabocas, y los fuimos a entregar también nosotros junto el Comité Departamental de Emergencia». [También se recibió donación de mascarillas de acetato destinadas a emergencias y CTI].

En materia de asesoramiento, personal técnico de la DDS coordinó y realizó las visitas a residenciales, hogares del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y Aldeas Infantiles para evaluar, junto a responsables de cada lugar, las condiciones para un posible aislamiento y realizar las recomendaciones al respecto. En estos casos se trata de población fija, institucionalizada, en general con problemáticas en salud mental y dependencia.

[Muchos chicos del INAU] «no circulan libremente sino que dependen siempre de un cuidador, la preocupación [de la institución] era cómo generar condiciones de aislamiento en esas instituciones frente a una caso Covid. A las instalaciones de Aldeas Infantiles nos acompañó Mariángel [Mutuberría], es un lugar más bien del medio casi rural, mucho aire libre, casas separadas y cada casa tiene una cuidadora que le llaman “tía”. Nosotros ahí elaboramos un plan de cómo era la estructura y cómo era la división de la cocina, el reparto de la comida, del baño en caso de generarse un aislamiento Covid. En el INAU que tiene un régimen de estadía permanente y en otro caso un régimen de estadía definitivo (...) asesoramos con respecto a la circulación, a la higiene, sobre el equipo de protección personal».

En el ámbito de la educación, el asesoramiento alcanzó a escuelas y liceos en lo que hace al aforo, circulación en pasillos y galerías, ventilación de salones de clase, disponibilidad de alcohol en gel, distanciamiento físico y uso de tapabocas. Con base en las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) y los protocolos de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), personal técnico de la DDS visitó el Instituto de Formación Docente (IFD), Centro Regional de Profesores (CERP) y Escuela Agraria Sarandí Grande, previo al inicio y/o reinicio de la actividad curricular. Estos centros tienen régimen de alojamiento para estudiantes y por tal razón desde la DDS se hizo énfasis en las medidas de higiene y ventilación de espacios compartidos, como las habitaciones de los residentes, los comedores y los baños, además de recomendar el relevamiento estricto de síntomas al ingreso y la derivación a consulta médica cuando fuere del caso.

La capacitación para el personal de salud y otras actividades formativas fueron una línea de trabajo de esta DDS durante 2020. Se realizaron dos instancias en Sarandí Grande y en Cardal, con los siguientes temas: marco jurídico y legal, secreto profesional, enfermedades de notificación obligatoria, toma de muestras de hisopado nasofaríngeo, equipo de protección personal. También, se incluyó un simulacro de ingreso de caso positivo Covid-19 en el Centro Auxiliar de Sarandí Grande.

«(...) la necesidad de capacitación se empezó a notar por múltiples preguntas que llegaban a la departamental de salud de colegas, representantes de los diferentes sindicatos, de funcionarios, de médicos y de funcionarios no médicos de la salud, que transmitieron su inquietud sobre «cómo bajar a tierra» los protocolos, cómo bajarlos a tierra en localidades del interior, en las policlínicas rurales en donde a veces el médico está solo frente a su pueblo y tiene que brindar asistencia y brindar respuesta cuando muchas veces en aquellos meses un caso sospechoso Covid o un caso Covid generaba mucha incertidumbre, mucha estigmatización, mucha persecución. [En cuanto a los contenidos trabajados en Sarandí Grande y Cardal se trabajó entre otros en] definir qué era contacto epidemiológico y que no era contacto, es decir, explicar que un saludo a la distancia con una persona Covid no era un contacto de riesgo, y lo otro fue insistir en cuestiones más formativas vinculadas al secreto profesional, al manejo de la información, a la confidencialidad en la salud que es un tema muy complejo, y más en el interior por esto que todo el mundo se conoce».

135



Jornada de capacitación para equipos de salud. Cardal, Florida, 2020.

El primer caso positivo en el departamento fue con síntomas leves, evolución en domicilio y no generó contagios a nivel familiar y social. Mariángel Mutuberría recuerda el momento.

«Recibo 08:10, 08:15 la llamada desde Vigilancia [en Salud del MSP]: “Mariángel, tenés el primer caso en Florida”. Estaba en casa desayunando y recibí esa sorpresa. Cuando me dicen el nombre recordé que estaba en la lista de los hisopados, porque hasta ese momento podíamos tener y hacíamos los seguimientos de los casos hisopados, que los llamábamos y les consultábamos motivo del hisopado para irnos preparando, bueno justo cuando me dijeron el nombre ya lo tenía en la memoria de casos. Corté con Vigilancia y enseguida llamo a Andrea [Herrera] y bueno, llegamos [a la DDS] de cabeza a toda la preparación para la llamada de nuestra primera persona del departamento. Nos resultó una muy buena experiencia el primer caso, la verdad que fue muy bueno el contacto con la persona y con todos sus contactos, toda la investigación epidemiológica también... nos tomamos todo con calma, estábamos seguras de lo que estábamos haciendo. Tuvimos tiempo para entrenarnos. Pudimos hacer un seguimiento diario tanto a la persona positiva como a sus contactos para ver si se agregaban o no síntomas. Se generó ese mismo día una conferencia de prensa para informar a la población porque obviamente a las 09:05 ya medio Florida sabía...».

Una de las actividades que se solicitó a todas las DDS desde el nivel central fue la de identificar lugares para instalar centros de contingencia para alojar a aquellas personas que no requerían hospitalización pero que por distintas circunstancias no pudieran cumplir con las condiciones de aislamiento mientras cursan la enfermedad. Estos centros deben cumplir con una serie de requerimientos, no sólo sanitarios. En Florida, aunque finalmente no prosperaron como centro de contingencia por no cumplir con todos los requisitos, la DDS estudió lugares, elaboró proyectos, informó y trabajó junto con otras instituciones en las propuestas para el Centro Auxiliar Sarandí Grande, Cabañas Prado Piedra Alta, Casa Cabaña Aldeas Infantiles y Seminario.

En la línea de trabajo de fiscalización e inspecciones, se realizaron visitas a instituciones públicas y privadas con levantamiento de actas con observaciones y generación de expedientes administrativos en caso de sanciones, y se realizaron informes especiales ante casos de brote.

El trabajo interinstitucional es una de las fortalezas que destaca la DDS Florida. Por ejemplo, en lo que tiene que ver con fiscalización e inspecciones, se trabajó junto con la Intendencia y el Ministerio del Interior en el cumplimiento de los protocolos sanitarios en centros de reunión nocturna como pubs y restaurantes, y en el seguimiento de eventos para prevenir aglomeraciones controlar cuarentenas. El Comité Departamental de Emergencia (CDE) y el Centro Coordinador de Emergencia Departamental (CECOED) son espacios de acción y participación interinstitucional.

«Para mí era nueva esta experiencia interinstitucional con el Comité Departamental de Emergencia, que es un organismo interinstitucional, donde todos tienen votos, es una versión más ampliada del CECOED. En el CECOED uno participa con diferentes instituciones y cada una de ellas vio a la pandemia desde diferentes puntos de vista. Por ejemplo OSE [Obras Sanitarias del Estado] tenía contactos con casos Covid o tenía funcionarios casos Covid vinculados a cuadrillas que salen a trabajar a

otros departamentos, entonces OSE lo vivió desde ese lado. INAU lo vivió desde la inquietud de tener casos Covid y cómo trabajarlos en sus centros, dónde ubicarlos, cómo trabajar con los funcionarios, con qué protocolos. Con INAU además generamos una instancia de capacitación para explicar las cuestiones estrictamente médicas que no entendían. La Intendencia ha sido un pilar en esto, en el apoyo, principalmente en recursos humanos, recursos materiales, teléfonos para rastrear, ya lo era desde antes pero ahora se ha visto más de manifiesto porque aumentaron las necesidades, pero desde antes siempre estuvieron allí. Después también están en el CECOED otras instituciones, como los prestadores de salud, con quienes tenemos un vínculo a diario, con quienes vamos, a medida que esto avanza, generando protocolos internos nuestros siguiendo los lineamientos centrales o afinando cuestiones que nosotros vemos que todavía hay que ajustar. Hay mucho por hacer todavía. En lo institucional también trabajamos con el MIDES, por ejemplo, derivando los casos positivos de familias de contexto crítico o los pacientes Covid que tienen trabajos informales y que por estar enfermos o cuarentenados no pueden salir a trabajar».



Reunión del CECOED Florida en el despacho de la intendenta Andrea Brugman. Florida, agosto de 2020.

## Centros de contingencia Covid-19

La instalación de un centro de contingencia requiere de un gran esfuerzo a nivel de instituciones, organizaciones y disciplinas para identificar lugares con las condiciones necesarias para alojar a personas que no pueden hacer la cuarentena en sus domicilios. No sólo se trata de cuestiones edilicias sino también de pensar en qué personal se va a necesitar, cómo será la operativa del centro en lo asistencial y en la cadena de suministros y cómo se protegerá al equipo de salud y demás trabajadores, entre otros aspectos. Conocer los cuidados que es necesario reforzar permite determinar el tipo de edificio y el uso y facilitará las instancias de evaluación y rediseño de la planificación de los trabajos en materia de recursos humanos y materiales.



Equipo de gestión de la DDS Florida.

### Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: OPS/OMS. 2020; Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Uruguay. Creación del Sistema Nacional de Emergencias público y permanente. [Internet]. Ley n.º 18.621 Nov 17, 2009. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009/7>
3. Uruguay. Reglaméntase la Ley 18.621 de 25 de octubre de 2009 que crea el Sistema Nacional de Emergencias (SINAE) como sistema público de carácter permanente. Decreto n.º 65 Mar 4, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/65-2020/1>
4. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? Preguntas y respuestas on line. 2016. Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Promoción de salud. 2000. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
6. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Flores. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
7. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Florida. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>

# Trabajar en el territorio en tiempos de pandemia

## La experiencia en Lavalleja

El departamento de Lavalleja está localizado en la zona centro-este del país, limitando al norte con Treinta y Tres, al este con Rocha, al sur con Maldonado y al oeste con Canelones y Florida. Cuenta con 58.815 habitantes.(1) La mayor parte de la población vive en las localidades de Minas, ciudad capital del departamento; José Pedro Varela, Solís de Mataojo, José Batlle y Ordoñez, Mariscal, Pirarajá y Zapicán. En 2020 fue uno de los 5 departamentos con menor incidencia de Covid-19 respecto de su población.(2) Esta situación le permitió a la Dirección Departamental de Salud (DDS) desarrollar una estrategia de trabajo basada en tres pilares:

- 1) la implementación de medidas de prevención y control de Covid-19;
- 2) la ejecución de iniciativas de promoción y prevención de salud, algunas de las cuales apuntan a mitigar los efectos secundarios más nocivos para la salud de algunas de las medidas recomendadas en el marco de la emergencia sanitaria (como el distanciamiento físico y el confinamiento);
- 3) apoyo a direcciones departamentales de Salud que lo requirieron debido a la situación sanitaria emergente en sus departamentos.

El primer desafío que a días de iniciada la gestión de este período de gobierno tuvo que enfrentar la DDS refiere a las medidas de prevención y control de Covid-19. El director departamental destaca el esfuerzo conjunto con otras instituciones de la salud y de otros sectores de actividad para afrontar este flagelo. En este sentido, al inicio de la gestión la DDS propició y coordinó la implementación de un convenio en el cual participaron además del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DNSFFAA) del Ministerio de Defensa Nacional (MDN) y la Intendencia Departamental de Lavalleja. El convenio se realizó con la finalidad de implementar acciones de complementación e integración de servicios, tendientes a realizar un seguimiento domiciliario de pacientes mayores de 5 años con sospecha y/o cursando Covid-19 que no constituyan urgencias y emergencias.(3) Esto significó el compromiso de brindar atención domiciliaria a los usuarios de ASSE que requirieron consultas relacionadas a Covid-19 (3) durante el período de vigencia de la emergencia sanitaria (ASSE no cuenta con asistencia domiciliaria, de ahí la importancia del convenio). El convenio, firmado el 28 de mayo de 2020, previó que ASSE, la Intendencia de Lavalleja y la DNSFFAA facilitaran los recursos humanos, la Intendencia de Lavalleja y ASSE el transporte, y la coordinación quedó a cargo de la DDS de Lavalleja. ASSE además se compromete a facilitar equipos de protección personal, test de diagnóstico, materiales de uso médico y demás recursos materiales para hacer efectiva la atención. La DDS controla el cumplimiento de los objetivos epidemiológicos y fiscaliza el cumplimiento del convenio. Esto ha permitido el seguimiento y detección de pacientes con Covid-19 en la ciudad de Minas.

El director departamental de Salud de Lavalleja, doctor Guillermo Ricetto, explica los principales factores que determinaron la forma de gestión de la salud en Lavalleja en el año 2020. También, menciona el trabajo del Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED) de Lavalleja el cual ha multiplicado los canales de comunicación entre sus miembros para facilitar y agilizar la toma de decisiones.



Reunión del CECOED Lavalleja en la sede de la Junta Departamental. Minas, Lavalleja, octubre de 2020.

[En Lavalleja] «todos los actores están involucrados en la pandemia. [Por ejemplo] (...) nosotros hasta ahora estamos cuarentenando y estamos atentos a todo y le pasamos a los prestadores quiénes se tienen que hisopar y quiénes no, (...) pero son los prestadores los que captan, los que van a hisopar, los que asisten y eso es 24 horas por 7 días de la semana. [Tampoco ha habido ninguna diferencia de criterio con] la Dirección de Higiene de la Intendencia [ni] con la anterior ni con la actual [administración departamental]».

Respecto de las iniciativas de promoción y prevención de salud, algunas de las cuales apuntan a mitigar los efectos secundarios más nocivos para la salud de algunas de las medidas recomendadas en el marco de la emergencia sanitaria, el director departamental destaca dos líneas de trabajo que la DDS prioriza en este período: salud mental y violencia de género y generaciones.

«Creo que empezó todo a mitad de año cuando vimos que todo ese aislamiento (...) que se había instalado desde el inicio del año, si bien era beneficioso para combatir el Covid tenía otros problemas como [los] de patologías de salud y mental aumento de la violencia intradomiliaria, la violencia de género».

La DDS se propuso apoyar a ASSE en el fortalecimiento del equipo, conformado en febrero de 2020, para afrontar la problemática de la violencia basada en género y generaciones en el marco de la ley n.º 19.580. Esta ley, publicada el 9 de enero de 2018, define como objeto y alcance «garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género. Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica, pertenencia territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o

situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna. Se establecen mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección, sanción y reparación».(4)

Las actividades desarrolladas incluyeron la convocatoria formal a los prestadores de salud del departamento para una puesta a punto sobre la temática, reuniones con el equipo de referencia de violencia basada en género y generaciones (VBGG) de la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP-ASSE) y con la Dirección de la RAP de ASSE para la coordinación de acciones y fortalecimiento del equipo. Se brindó apoyo para la realización de la primera capacitación a personal de emergencias del Hospital Vidal y Fuentes. También se propició la articulación RAP-ASSE e instituciones participantes de la Comisión departamental por una vida libre de violencia de género de Lavalleja.

[El programa definido por el equipo de ASSE] «en principio era capacitar a los médicos (...). El primer taller que se hizo se hizo desde acá, desde la departamental, vía zoom. [La DDS] ofició como sede en la cual se capacitó a todo el personal del Hospital, sobre todo de Emergencia y a todo el que quisiera para poder captar una situación de violencia. Más allá de que la capte el médico que lo asiste, también el enfermero, también el policía de puerta, también el auxiliar de limpieza que de repente se pone a conversar con la paciente esperando en la sala de espera, que todo el mundo sepa de qué se trata, pudiera estar atento y alerta a esas pequeñas (...) manifestaciones -a veces son un poco solapadas- pero que denotan violencia».

Mediante acuerdo con ASSE se facilitaron recursos humanos y transporte para cumplir con los objetivos propuestos.

«Con el equipo de la RAP (...) se hizo un convenio con la Departamental de Salud que se firmó el año pasado en el cual (...) la departamental oficiaba como articulador con el resto de las zonas del interior porque a la RAP (...) [se le dificulta] llegar a [ciertos] lugares. Lavalleja no tiene muchos habitantes, pero tiene algunos lugares que están lejos, por ejemplo Batlle y Ordóñez (...) está muy aislado de todo. Esa fue una de las metas del año pasado; aparte de ese convenio -de hacerlo funcionar y de articularlo- la departamental se comprometía a que una de nuestras funcionarias, la Licenciada en Psicología Ana Colina, si bien no iba a integrar el grupo porque obviamente era un grupo de ASSE, iba a colaborar en algunas actividades sobre todo de promoción de salud mental en lugares alejados, como es Batlle y Ordóñez».

También en este marco temático, el 12 de noviembre de 2020 se realizó una capacitación vía zoom referente a la Ley Integral n.º 19.580 (4) con enfoque en salud: «Discusión de marco conceptual con énfasis en violencia basada en género y salud sexual y reproductiva» y «Aportes de recursos locales» dirigida a trabajadores de la salud de todo el departamento, incluyendo las localidades de Solís de Matajojo, Varela, Mariscal, Pirarajá, Batlle y Ordóñez, Villa del Rosario. Acciones desarrolladas con el apoyo de la responsable del programa de Violencia Basada en Género y Generaciones del Ministerio de Salud Pública, doctora Irene Petit.

También, desde la DDS se apoyó la campaña Noviazgos Libres de Violencia, de la Comisión departamental vida libre de violencia de género, en la cual

## Mitigar efectos de las recomendaciones

Una de las actividades de la DDS Lavalleya en 2020 estuvo orientada a mitigar los efectos nocivos secundarios producto de la implementación de medidas tales como el distanciamiento social, físico y confinamiento. Los profesores Gabriela Garrido y Gabriel González en el Editorial de la Revista Archivos de Pediatría del Uruguay (5) hablan de la conmoción que ha producido la pandemia en las familias de todo el mundo.

«El confinamiento social y el cierre escolar han sido medidas drásticas adoptadas por los países afectados, para prevenir la propagación de la enfermedad», dicen los autores, y agregan: «Si bien en Uruguay se optó por el confinamiento voluntario, hubo un alto acatamiento por parte de la población. Estas medidas, que sin duda contribuyeron en el control de la epidemia, determinaron cambios profundos en la vida cotidiana y en las rutinas básicas de las familias, con un importante impacto en otros componentes de la salud, psicosociales y económicos. Estos fenómenos asociados se han llegado a denominar pandemia secundaria o parapandemia. Para los adultos, el no concurrir a los lugares de trabajo habitual, el teletrabajo, la inseguridad laboral, el desempleo y la disminución o pérdida de ingresos, suponen gran incertidumbre y un alto nivel de estrés. A esto se agrega el cuidado de los hijos a tiempo completo, asumir la responsabilidad de la tarea escolar en la casa y las actividades domésticas».(5)

Respecto de los efectos en niñas, niños y adolescentes y el cierre de los centros educativos, estos autores advierten sobre la limitación de los procesos de socialización que se dan en estos espacios que implican a pares, juegos, actividad física y aprendizajes. Los cierres de los espacios educativos «y su reapertura en condiciones de extrema precaución sanitaria generan temor, tristeza e inseguridad en las nuevas generaciones», concluyen los autores.(5)

## Salud mental en Lavalleya

El 30 de setiembre de 2020 la Comisión Honoraria Departamental de Prevención del Suicidio de Lavalleya organizó el conversatorio virtual «Trabajamos juntos para prevenir el suicidio». El programa de la actividad, de la que participaron 60 personas, incluyó la promoción de la Línea VIDA de ASSE (0800 0767 o \*0767) y la presentación del plan de trabajo y actividades de la Comisión. También, la representante de la Universidad de la República en la Comisión Nacional de Prevención del Suicidio expuso sobre herramientas de trabajo para referentes que están en la primera línea de prevención de suicidio. La Red de Adultos Mayores (REDAM) de Lavalleya junto al Banco de Prevención Social y Plan Ibirapitá presentó su video «Mitos y verdades sobre el suicidio». Por tratarse de una actividad que coincidió con la Semana del Corazón en Uruguay hubo lugar para la exhibición del video «Tus acciones para la vida» de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

## Ley de salud mental

El 24 de agosto de 2017 se promulgó la ley de salud mental n.º 19.529.(6) El artículo 1 de esta ley define su objeto: «garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social». Asimismo, la ley define salud mental como un «estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (artículo 2). El 27 de julio de 2018 esta ley se reglamentó mediante el decreto n.º 226.(7)

De la presentación realizada a las DDS por el doctor Ángel Valmaggia,(8) presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Salud Mental, en noviembre de 2020, se extraen los siguientes conceptos sobre los cambios que introduce la ley en el modelo de atención de la salud mental: «Esta ley sustituye una ley del año 1936, conocida como Ley del Psicópata, la cual según los elementos culturales de la época, en la que no existían tratamientos específicos, planteaba un modelo centrado en la enfermedad proponiendo fundamentalmente el aislamiento de las personas con trastornos mentales. La nueva ley propone la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, con un modelo de abordaje multidisciplinario, con responsabilidades interinstitucionales, centrado en la comunidad, con una red de cuidados que actúe en forma coordinada promoviendo la autonomía, con internaciones solamente cuando aporte mayores beneficios, privilegiando la defensa de los derechos humanos de las personas.

De ahí la importancia de establecer una red de cuidados que dé respuesta en todas las etapas, a lo largo de su ciclo vital. Reconoce además, que no existe la salud física sin salud mental, por lo que resulta imprescindible abordar el proceso salud-enfermedad, no sólo desde la perspectiva de la atención del daño, sino también desde una perspectiva de la salud pública, favoreciendo las condiciones de vida que mejoren la salud, como la vivienda, educación, inserción laboral, deportes, etc. Establece un principio de abordaje a los problemas de salud mental desde una alternativa menos restrictiva. Todas las personas con trastornos mentales deberían recibir atención comunitaria, excepto en circunstancias excepcionales, es decir, si existen riesgos contra sí mismo, o contra terceros, o si el tratamiento sólo puede ser administrado en una institución».

participaron distintas instituciones estatales<sup>1</sup> y tuvo como objetivo concientizar a los adolescentes en la temática.

Debido a la gravedad de la incidencia de las enfermedades a la salud mental y su aumento producto de situaciones relacionadas con la pandemia, este tema también fue priorizado en el período por el equipo de la DDS de Lavalleja. La DDS coordina la Comisión Honoraria Departamental de Prevención del Suicidio de Lavalleja, conformada en mayo de 2019 e integrada por: RAP-ASSE, Centro de Asistencia Médica de Lavalleja (CAMDEL IAMPP), Intendencia Departamental de Lavalleja, Ministerio del Interior, el Ministerio de Desarrollo Social, Banco de Previsión Social, Plan Ibirapitá, Unidad Coordinadora Departamental de Integración Educativa (UCDIE), Departamento Integral del Estudiante del Consejo de Educación Secundaria (DIE-CES), Centro MEC, Dispositivo Ciudadela, representantes de la organización Serranos Avanzando y la Red de Adultos Mayores (REDAM) de Lavalleja. En este marco se realizaron distintas actividades de difusión de los canales institucionales a los cuales pueden recurrir las personas que necesitan apoyo para afrontar este tipo de situaciones, entre lo que se puede destacar el Conversatorio virtual organizado bajo el lema «Trabajamos juntos para prevenir el suicidio» realizado el 30 de setiembre de 2020 y que contó con profesionales de distintos sectores y referentes de la comunidad minuana y serrana. El doctor Riccetto clarifica los objetivos de la actividad en los siguientes términos:

«Hicimos algo para aportar herramientas a la gente, quizás no solucionemos el tema de un día para otro porque eso no lo vamos a solucionar ni hoy ni mañana. Seguramente nos va a llevar mucho tiempo. Pero sí, la gente después de ese conversatorio pasó a tener herramientas con las cuales manejarse que antes no las tenía».

Finalmente, la DDS Lavalleja participó activamente en el apoyo a otras direcciones departamentales que así lo requirieron y recibió apoyo cuando la situación sanitaria emergente lo demandó. En este sentido, el director departamental destaca lo siguiente:

«En algún momento pudimos dar una mano a departamentos que estaban un poco más complicados y empezamos con Treinta y Tres que [tuvo] un brote inesperado, creo, para todo el mundo. Nos pidió la doctora Rando si podíamos ir a la departamental de Treinta y Tres a ayudar al doctor Olano y por supuesto que fuimos. Las dos referentes epidemiológicas -que tienen, una 12 años y la otra 15 años de trabajo- (...) saben bastante de eso y fuimos a apoyarlos y ayudarlos. [Se organizó el trabajo], se explicó [cuáles eran las tareas] de un rastreador -porque ahora parece muy claro qué es lo que tenía que hacer un rastreador, pero en ese momento no lo era y menos para gente que no estaba dentro de las departamentales-. (...) Fue una movida grande (...) a tal punto que creo que [dio] buenos resultados. También el año pasado estuvimos en Melo ayudando, por una coyuntura en Melo en ese momento tenían una baja de personal, ya sea por cuarentena o por licencia».

<sup>1</sup> Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), la Unidad Coordinadora Departamental de Integración Educativa (UCDIE), Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), DAT, liceo n.º 2 de Minas, Centro Educativo de Capacitación y Producción (CECAP) de Minas perteneciente al Ministerio de Educación y Cultura.

Ricetto destaca el espíritu de equipo que han tenido en la DIGECOOR para enfrentar la emergencia sanitaria.

«En la DIGECOOR nosotros somos uno solo dividido en 19. Porque hay 19 departamentos, pero en realidad nadie tiene problema en ir a ayudar al que está al lado o al que esté más allá. Cada vez que hay alguien en problemas todo el mundo trata de colaborar y si nos tenemos que trasladar al lugar a dar una mano en el mismo lugar no hay ningún problema. No lo tengo yo, no lo han tenido conmigo para ayudarme y sé que, entre otros departamentos al norte, en el centro, en el oeste del país, ha sido así y esto es un ida y vuelta constante. Eso es lo que marca la unidad de esta dirección. (...) Creo que, si bien la pelea todavía la estamos dando, en el campo nos ha ido bastante bien. Por supuesto, habrá cosas muchas para corregir, pero porque dentro de otras cosas todos somos nuevos en esto, pero nuevo en todo. Pero (...) tenemos un buen vínculo entre nosotros, un excelente vínculo con la doctora Rando, un excelente vínculo con todo el personal de DIGECOOR. Eso facilita mucho. Levantar el teléfono y poder hablar con alguien mano a mano como si fuera un conocido de toda la vida facilita las cosas. No todo eso burocrático que entorpece y a veces te hace demorar tiempo que no tienes».

Respecto del trabajo de la dirección departamental, el director señala el compromiso y dedicación del personal a su cargo y de las instituciones del departamento.

«El compromiso (...) de las referentes (...) -mi trabajo es full time (...) es lo que me corresponde hacer-, pero ellas como todos los funcionarios tienen sus horarios. (...) Pero en realidad no existen los horarios. Recién acaba de ingresar una de las referentes que se vino de su trabajo particular. Le pedí al Director Técnico a ver si me las pueden liberar porque en el día de hoy tenemos 27 casos positivos. A veces terminamos a las 2 de la mañana, a las 4 de la mañana. Eso no creo que sea distinto a otras direcciones departamentales. Lo que nosotros tenemos de distinto es que somos muy poquitos (...). Somos pocos para perseguir a los cuarentenados, que a veces se nos escapan y tenemos que ir y notificarlos personalmente. La policía a veces no puede, no tiene móvil o disponibilidad y voy yo en mi auto (...) y le entrego el papel que se tiene que quedar en su casa. Llamar a todo el mundo es (...) la meta nuestra después de que nos llegan los positivos. No levantarnos del lugar hasta que todos los contactos estén en cuarentena y avisados. Así sean las 3 de la mañana -hemos llegado a trabajar hasta las 4 de la mañana- llamando gente a esa hora. (...) No podemos permitirnos que al otro día amanezca y salgan a trabajar o a estudiar o lo que fuere. Necesariamente tenemos que hacerlo. Ese compromiso creo que es lo más destacable de todo porque no sabe de horario, de días, ni de vacaciones, ni de domingo, ni de feriado, ni de nada. No es por remuneración, porque en realidad no cobran más que lo que cobran habitualmente, hay trámites para hacer de horas, de días, los cuales a veces son un poco más engorrosos y es mucho más fácil pedirles que vengan a trabajar y vengan. Pero después [es difícil] resolver toda la parte burocrática y al final terminamos no haciendo nada y nadie pide nada, simplemente se trabaja. Eso lo destaco y lo voy a destacar siempre porque creo que, si hemos tenido algo de éxito (...) ha sido gracias al compromiso. Las dos son referentes hace mucho tiempo y están muy preparadas. Pero además tienen una capacidad de trabajo enorme; yo he aprendido mucho también. Hice (...) una diplomatura en Epidemiología este año y entonces

me he acoplado bastante. Somos tres en realidad los que estamos (...). También de los prestadores están las 24 horas. Nosotros decimos, “necesitamos un elefante rosado” y lo tenemos. Mañana necesitamos que cierren tal cosa y lo cierran. Nunca hemos tenido un “pero” para nada, tanto en lo privado como en lo público. Con la Intendencia (...) tanto con la administración de la doctora Peña como con la administración del doctor Mario García (...) es levantar el teléfono y lo que no nos dan es porque no pueden, pero por lo demás, hemos tenido todo el apoyo».

Finalmente, el director menciona que todo este trabajo de la dirección departamental fue reconocido en 2020 por la Junta Departamental de Lavalleja.

«Más allá de partidos políticos, que por supuesto, como todo órgano departamental, tiene representantes de todos los partidos, [dieron un apoyo] unánime. Nos hicieron llegar cartas, una [de ellas] (...) firmada por el Presidente de la Junta (...) [eso da] legitimación. [Es] como que quedara firmado ese apoyo del pueblo a la Dirección Departamental de Salud».



Firma de convenio para atención domiciliaria en la sede de la Intendencia de Lavalleja, con la presencia del ministro de Salud Pública doctor Daniel Salinas. Minas, Lavalleja, mayo de 2020.



Equipo de gestión de la DDS Lavalleja.

### Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Lavalleja. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
2. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Informes epidemiológicos. Informes de situación epidemiológica nacional sobre Covid-19 [actualización]. [Internet]. Montevideo: Departamento de Vigilancia en Salud; 2021 Jan. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-epidemiologico-covid-19-actualizacion-3-enero>
3. Administración de los Servicios de Salud del Estado Intendencia de Lavalleja Ministerio de Defensa Nacional. Acuerdo de cooperación y apoyo al hospital regional COVID de la ciudad de Minas "Dr. Alfredo Vidal y Fuentes". Minas; May 28, 2020.
4. Uruguay. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514 [Internet]. Ley n.º 19.580 Montevideo, Uruguay; Jan 9,

2018. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
5. Garrido, G. y González G. ¿La pandemia de Covid-19 y las medidas de confinamiento aumentan el riesgo de violencia hacia niños/as y adolescentes? Rev Arch Pediatría del Uruguay [Internet]. 2020;91(4):194–5. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000400194&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492020000400194&script=sci_arttext)
6. Uruguay. Ley de Salud Mental [Internet]. Ley n.º 19.529 Montevideo, Uruguay; Sep 19, 2017. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
7. Uruguay. Reglamentación de la ley n.º 19.529 [Internet]. Decreto n.º 226 Jul 27, 2018. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/226-2018>
8. Valmaggia A. Ley de Salud Mental. Presentación a DDS. Montevideo: MSP; 2020.

# Retos del movimiento

## Turismo, economía y recreación con alta circulación de personas. La experiencia en Maldonado

Maldonado, departamento en la zona este del Uruguay, es internacionalmente conocido por su amplia y diversa oferta turística, que incluye a Punta del Este, una de las ciudades más visitadas y elegidas por turistas nacionales y extranjeros. Limita con Lavalleja, Rocha y Canelones, y tiene costas sobre el Río de la Plata y el Océano Atlántico. La capital es la homónima Maldonado, en la que vive el 38 % del total de la población del departamento en el que, según el último censo de población, viven 164.298 personas. Las ciudades con mayor cantidad de población son San Carlos, Pinares, Punta del Este, Piriápolis, Cerro Pelado y Pan de Azúcar.(1)

La suspensión de eventos que impliquen aglomeración de personas fue una de las medidas promovidas en el decreto de declaración de emergencia sanitaria nacional de marzo de 2020 (2) dada la alta transmisibilidad del virus SARS-CoV-2. En Maldonado, la afluencia de personas no sólo se da en época de vacaciones o de verano, sino que se trata de algo permanente que ocurre por distintas razones. A la vez, la población tiene algunas características especiales. Según relata el director departamental de Salud de Maldonado, doctor Neris García, la gran mayoría de la población no es originaria de Maldonado sino que está constituida por inmigrantes de otros departamentos del Uruguay que llegaron al departamento, en principio, por las oportunidades laborales que brindaron las buenas temporadas turísticas, para luego asentarse con sus familias; ocho de cada diez personas no son del departamento y esto se puede ver tanto en los ámbitos económicos como sociales. Esto conlleva, por su matriz original, a la constitución de identidades -formas de ser- diversas y a la presencia de rasgos, temperamentos y carácter, es decir, idiosincrasias, distintivas y propias de individuos y de colectividades diferentes.

Otra cosa a destacar en el departamento es la industria turística que rige y es el motor de la dinámica local. Se trata de una industria que va asociada a otros movimientos como el de la inmobiliaria, la hotelería, la industria de la construcción, el rubro comercial, y la provisión de insumos y mercaderías, entre otros, y a una alta circulación de personas entre los departamentos Montevideo, Canelones y Maldonado. Aunque la actividad turística y económica se vio resentida por la pandemia, los meses de temporada son de trabajo zafra para muchas personas que llegan de distintas partes sin una actividad laboral estable o que desean procurarse un respiro económico para el resto del año. A la vez, el cierre de fronteras no impidió el turismo interno.

Al movimiento anual en el departamento se suma el que es propio de la educación ya que, por ejemplo, la Universidad de la República tiene sede en Maldonado en el Centro Universitario Regional del Este (CURE). Allí se imparten carreras de grado -como Gestión Ambiental, Enfermería, Diseño de Paisaje, Turismo, Educación Física- y posgrados -como el caso de la Maestría en Manejo Costero Integrado del Cono Sur-.

«Por otro lado, tenemos mucha población de Maldonado que viaja diariamente a Montevideo, por varias circunstancias, en principio a trabajar, y también mucha gente de Montevideo que viene a trabajar diariamente acá a Maldonado. Tenemos muchísimos jóvenes que viajan diariamente a Montevideo a estudiar y otros que también vienen a Maldonado a hacer

alguna actividad acá. Por lo tanto, entre la circulación comercial que es permanentemente, durante todo el año y más aún en temporada turística, más toda la circulación que tenemos todo el año de todas las personas por distintas circunstancias, la circulación es muy importante».

La organización de la atención a la salud en el departamento fue un factor determinante para dar una respuesta preventiva y oportuna a la pandemia.

(...) acá tenemos la Intendencia de Maldonado que tiene un servicio de salud que trabaja en forma conjunta con la Red de Atención Primaria, algo que no lo tienen todas las intendencias. Tiene varios servicios de policlínica que integran la Red de Atención Primaria. Después tenemos localmente, con sanatorio e internación y todos los servicios, el Sanatorio Mautone, la Asistencial Médica, ASSE con prácticamente 3 hospitales en el departamento, con una red de Atención Primaria, y después tenemos sedes secundarias de algunas de las instituciones de Montevideo, que tienen alguna policlínica acá. Y después tenemos la parte organizativa y directiva de todo esto que es el Ministerio de Salud Pública representado en esta Dirección Departamental de Salud que tiene una Unidad de Epidemiología, muy bien conformada, que funciona en forma excelente, y que ha sido un factor determinante en la pandemia que hemos pasado en el 2020. Por otro lado, este departamento cuenta con una estructura que no creemos que exista en otro departamento que se llama Comité de Infecciones. ¿Qué es el Comité de Infecciones? El Comité de Infecciones está formado por referentes de cada una de las instituciones del departamento, cada una de ellas tiene un referente que lo integra y que trabaja en forma conjunta con la Unidad de Epidemiología de la Dirección Departamental de Salud».

Una de las palabras más habituales en 2020 fue «protocolo». La importancia de establecer protocolos de salud para Covid-19 radica en dar una respuesta efectiva y eficaz y contribuir a la mitigación de la transmisibilidad del virus SARS-CoV-2. Por Resolución n.º 233 (3) del Poder Ejecutivo de junio de 2020 se aprobó el instructivo para la presentación, evaluación y habilitación de protocolos de salud. Este instructivo señala que los ministerios competentes según la materia que se trate enviarán los proyectos de protocolo a la Secretaría de Presidencia de la República, la que los remite al MSP para su evaluación. Con la opinión del MSP siguen curso a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) para recabar información del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) y finalmente ser sometidos a consideración del Poder Ejecutivo para la habilitación. Más allá de este procedimiento, la DDS Maldonado con otros actores institucionales ya habían avanzado en el establecimiento de protocolos como forma preventiva y bastante anterior al inicio de la pandemia en el departamento.

«(...) las direcciones departamentales nos teníamos que encargar de que se elaboraran esos protocolos y que se cumplieran. ¿Quiénes debían elaborar esos protocolos? Bueno, en conjunto, el Comité de Infecciones con la Unidad de Epidemiología de esta Dirección Departamental elaboraron todos los protocolos para las distintas instituciones. Estábamos en esa etapa, esperando la pandemia, todavía no había llegado, pero ya teníamos que tener todo pronto para que todas las instituciones pudieran funcionar de acuerdo con esos protocolos de atención en cada una de las instituciones. Los protocolos eran para las policlínicas, para las áreas de espera, para los servicios de emergencia, para los CTI, para los sectores respiratorios que tenían que tener cada institución. En realidad no sabíamos cómo iba

a venir la pandemia al principio, no teníamos seguridad de cómo podía atacarnos, o como podía ser esa primera ola que, al final, no terminó siendo una primera ola, pero podría haber sido, entonces teníamos que estar preparados. Más allá de la estructura organizativa [de la salud en el departamento] tuvimos reuniones con todos los prestadores y con todos los directores de todas las instituciones y siempre tuvimos la colaboración de todos. Para poder realizar estos planes nunca tuvimos “un palo en la rueda” que nos impidiera seguir adelante (...) no nos olvidemos que estos protocolos no sólo tenían alcance a las instituciones sino que también eran protocolos que se elaboraron para las emergencias móviles que hay en el departamento. (...) La Intendencia Departamental de Maldonado colaboró con el funcionamiento de todos estos protocolos, apoyando con distintas infraestructuras si era necesario».

Las actividades previas a la aparición de los primeros casos en el departamento incluyeron las articulaciones en el Centro Coordinador Departamental de Emergencias de Maldonado (CECOED) y con la Intendencia de Maldonado. Los primeros casos dieron paso a una primera etapa en el trabajo de la DDS durante la pandemia, caracterizada por el efecto de las medidas tomadas por el gobierno que incluso fueron profundizadas en el departamento.

152

«(...) en aquel momento las medidas presidenciales fueron el cierre de fronteras, no había clases, no había comercios permitidos, los únicos comercios eran en aquel momento los supermercados y las farmacias. Acá en el departamento, si bien ya estábamos saliendo de la época turística anual porque estábamos en marzo y las temporadas normalmente son hasta febrero, por las [agradables] temperaturas hicimos con Prefectura un cierre de playas. Otra de las cosas que cerramos fueron las ferias locales por tiempo indeterminado porque eran eventos que llevaban muchísima gente. También suspendimos otros eventos como fiestas, bueno, que ya estaban suspendidos con las medidas presidenciales. Por lo tanto todo eso en principio disminuyó mucho la circulación en el departamento de Maldonado. El solo hecho, no sólo del cierre de la frontera que es importante porque mucha gente viene para Maldonado, sino del cierre de las clases disminuye mucho la circulación, no por las clases presenciales en sí sino por la circulación que se genera [de padres, madres, maestros, transporte]».

En lo que refiere a la vigilancia epidemiológica, se llevó adelante una intensa tarea de rastreo de casos positivos, de contactos directos de los casos positivos, y de todos los contactos, en conjunto con el Comité de Infecciones, lo que orientó la toma de algunas medidas particulares como por ejemplo el cierre preventivo y de común acuerdo de comercios para controlar brotes.

«(...) en esta primera etapa no hubo mayores problemas, llegamos a tener hasta cuarenta casos, que en su momento nos parecían muchos. (...) después empieza a haber una apertura de cosas y ahí comienza otra etapa de la pandemia en la que tuvimos que echar mano a otros recursos para poder controlarla».

El doctor García identifica una segunda etapa en el manejo departamental de la pandemia vinculada fundamentalmente a las necesidades de reactivación económica y a los efectos de la reapertura de fronteras. Recordemos que el primer decreto relativo al cierre de frontera se promulgó del 16 de marzo de 2020 (4) que

## Mortalidad por suicidio

Los últimos datos reportados por el Ministerio de Salud Pública (6) en oportunidad del Día Nacional de Prevención del Suicidio (17 de julio) señalan, para el período informado 1997-2019, que la tasa de mortalidad por suicidio más baja fue de 13,82 cada 100.000 habitantes en 1999 y la más alta fue de 20,62 cada 100.000 habitantes en 2002.

El último dato informado para 2019 indica 20,55 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes, de las cuales 79,4 % eran hombres y 20,6 %, mujeres. En 2019 Maldonado, con una tasa de 28,04, estaba en zona «anaranjada», es decir, en el grupo de departamentos con valores entre 19,70 y 28,56 muertes cada 100.000 habitantes. En el mismo año, los departamentos más comprometidos fueron Lavalleja (35,69), San José (34,93) y Tacuarembó (31,20).

Según la misma fuente, en Maldonado se ha dado una tendencia creciente en la tasa de mortalidad por suicidio desde 2015, momento en el que el valor fue de 19,73, pasando a 25,94 y 25,59 en 2016 y 2017 respectivamente. Luego de un descenso en 2018 donde se ubicó en 21,04, volvió a subir el valor en 2019 a 28,04 casos cada 100.000 habitantes.

La estrategia nacional de prevención del suicidio incluye prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales en Salud Mental para personas con intentos de autoeliminación (IAE) y sus familiares,(7) el desarrollo del Protocolo de atención y seguimiento de la atención de las personas con IAE en el SNIS (8) y la implementación con ASSE de la línea telefónica Vida (0800 0767, \*0767) para la atención en crisis 24 horas en todo el país, que comenzó a funcionar en 2018.

## Maldonado y los eventos sociales

Según la herramienta de evaluación de riesgos de la Organización Mundial de la Salud (9) las fiestas, eventos y actividades similares con un número importante de personas en espacios cerrados durante lapsos prolongados, donde se sirven alimentos y bebidas, y no es posible garantizar que se cumpla con el distanciamiento físico sostenido de 2 metros ni el uso de tapabocas, son de riesgo elevado. En setiembre de 2020 se validó un estricto protocolo para salones de fiestas con la finalidad de recuperar la actividad en este rubro asegurando la protección tanto de clientes como de trabajadores y proveedores. El texto incluyó amplias medidas de seguridad e higiene, mecanismos de trazabilidad, condiciones locativas y de ventilación, medidas específicas para el manejo de alimentos, medidas para el ingreso, entre otras.

También en setiembre de 2020 el MSP emitió un comunicado por el cual estableció multas y sanciones en aquellos casos que se constatare incumplimiento de las medidas. Las multas se fijaron de 30 a 1000 unidades reajustables, y también se previó la clausura del local y denuncia penal. En primera instancia se habilitaron eventos con aforo de hasta 60 personas en espacios cerrados y una duración máxima de dos horas y media. En noviembre de 2020 el aforo pasó a 80 personas y la duración del evento a 4 horas. En espacios abiertos el aforo se fijó en 100 personas.

determinó, entre otras medidas, la prohibición de ingresos de personas desde la República Argentina con excepción de aquellas que fueran ciudadanos uruguayos y residentes. A partir de esta norma hubo progresivamente otras en el tiempo que flexibilizaron las medidas (ver destaque).

«Al abrirse las fronteras, hubo mucha mayor circulación, no sólo de turistas, sino de la gente que tenía permitido el ingreso. Maldonado tiene una gran parte de población que son residentes argentinos, otra gran parte de las viviendas que hay en Maldonado, son de dueños argentinos (...). Ese fue uno de los temas. El otro tema fue el comienzo presencial y paulatino de las clases, como se hizo en aquella época, se empezó a ir cada vez con más circulación. Después, eventos y fiestas, que ahora sí se organizan de acuerdo con los protocolos».

Maldonado cuenta con una amplia y diversa oferta para distintos grupos de población en materia de fiestas y otros eventos sociales. Toda esta actividad se vio radicalmente reducida según lo establecido por el decreto n.º 93 (2) de marzo de 2020 por el cual, entre otros aspectos de la emergencia sanitaria, se encomendó a las autoridades nacionales, departamentales y municipales competentes evaluar la suspensión de aquellos eventos que implicaran aglomeración de personas y se exhortó a toda la población a suspender este tipo de eventos.

154

Uno de los eventos que más público convoca y moviliza cada 24 de agosto es la tradicional celebración de la Noche de la Nostalgia. Miles de personas de todas las edades en todo el país concurren a fiestas y locales bailables para recordar éxitos musicales de todos los tiempos. La amplia adhesión a este evento fue un desafío más en la prevención de propagación del virus durante la noche del 24 de agosto de 2020. El MSP, en conjunto con el Ministerio del Interior, el Congreso de Intendentes, la Intendencia de Montevideo, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, la Asociación General de Autores del Uruguay, la Fiscalía General de la Nación y la Unidad Nacional de Seguridad Vial, emitió un comunicado exhortando a no concurrir a los distintos eventos para mantener el estado sanitario de ese momento. Además señalaba que se llevarían adelante inspecciones de control y facilitó las vías de comunicación para realizar denuncias por incumplimiento de protocolos.(5)

«(...) empezamos a recibir, junto con el aumento de la circulación, un montón de denuncias por incumplimiento de protocolos. Esas denuncias fueron canalizadas a través de fiscalizaciones del Ministerio de Salud Pública, a través del Ministerio del Interior y a través de la Intendencia de Maldonado. La Intendencia de Maldonado cuenta con un cuerpo inspectivo de higiene y ahí fue cuando empezamos a tener mucho más trabajo, con el CECOED, con la Intendencia. El Ministerio del Interior ha sido y sigue siendo un factor importantísimo en el control de muchas de las irregularidades que pasan en la pandemia. El Ministerio del Interior tiene un helicóptero que puso a disposición de todo el departamento. Ese helicóptero nos permitió controlar fiestas clandestinas. Maldonado tiene un montón de chacras turísticas, que están alejadas de la zona urbana y donde es sabido que siempre se han realizado fiestas, la gente del Ministerio del Interior que hace tiempo que está acá en Maldonado, los inspectores de higiene de la Intendencia, conocen perfectamente esos lugares donde se realizan fiestas, lo único que en ese momento había que controlar que se realizaran con los protocolos adecuados, y no de forma ilegal como sucedió en muchísimos lados. Bueno, el cuerpo inspectivo de

la Intendencia más el helicóptero nos ha permitido identificar todas esas fiestas ilegales que se han realizado y que hemos tenido que clausurar en tiempo y forma.(...) [Trabajamos en conjunto] con la Prefectura que se encarga de la vigilancia de lo que es la rambla, y con el Ministerio de Salud Pública en cuanto a fiscalizaciones durante varios fines de semana. Recuerdo bien que vinieron en turismo y el 24 de agosto».

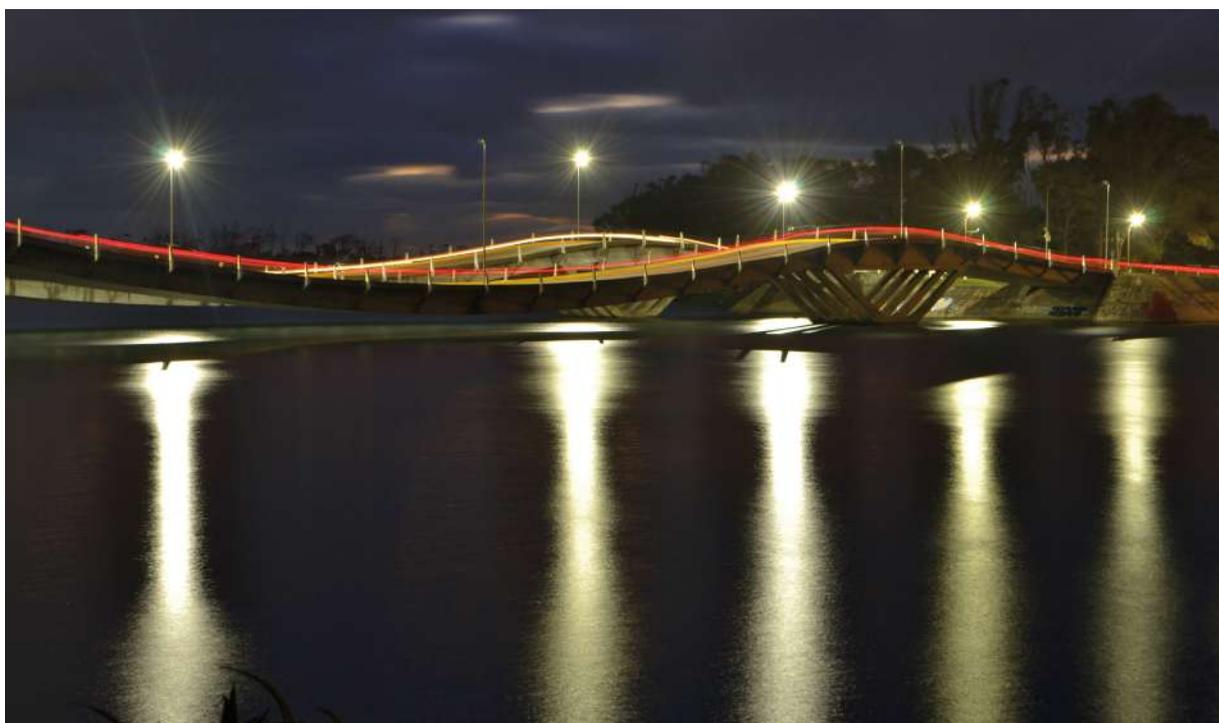
En 2020, alrededor de 150 fiestas o eventos que no estaban usando los protocolos adecuados fueron suspendidas o desarticuladas por los cuerpos inspectivos actuantes. Por su parte, el Departamento de Higiene de la Intendencia de Maldonado intervino en 25 comercios y centros nocturnos. La mayoría de la población entendió estas medidas de carácter restrictivo y sancionatorio.

«La gran mayoría pensaba que sí, que eran las correctas y que incluso los controles deberían ser más estrictos, o que las multas, o las sanciones podrían ser incluso hasta mayores de lo que se fueron. (...) la gran mayoría [de las personas a cargo de fiestas y comercios sancionados] entendieron por qué había sido la situación e incluso terminaron colaborando con nosotros y con la Intendencia para poder reabrir y tener su comercio en condiciones, que era la mejor forma de trabajar. Así que en ese aspecto, tuvimos buena comunicación, que eso era lo que se trataba, lo que se trató siempre. No sólo de ir, inspeccionar, cerrar y tomar medidas punitivas sino también tener la colaboración y establecer el diálogo entre las partes para poder arreglar las cosas de la mejor manera posible y que ese arreglo nos sirviera a todos, a ellos desde el punto de vista comercial y a nosotros desde el punto de vista sanitario».

En la DDS Maldonado la intensa dedicación a las actividades preventivas de la Covid-19 convivió con el desarrollo de otros temas de igual importancia en este departamento.

«Hay algunos temas a destacar porque se pudieron [igualmente] hacer en época de pandemia. No todo ha sido Covid. Hay otras cosas en salud de las que hay que preocuparse y tratar de solucionar también, a pesar de que estemos en una situación de pandemia. Con respecto a esto quiero destacar dos cosas. En primera instancia, nosotros tenemos en este departamento una Comisión de Prevención del Suicidio que ha trabajado en este tema durante muchos años y a veces no con planes tan claros o tan efectivos de realizar. Y en 2020, a pesar de la pandemia, considerando que Maldonado es uno de los departamentos que tiene más suicidios dentro del Uruguay, y que el Uruguay en sí es uno de los países con más alta tasa de suicidios, no podíamos estar ajenos a la preparación de este tema y a tratar de hacer cosas por él. Por lo tanto, en una época de pandemia, donde las reuniones presenciales no se podían realizar, la Comisión de Prevención del Suicidio y desde esta Dirección Departamental realizaron un megataller dirigido a todos los educadores del país. Conseguimos el apoyo de las distintas direcciones del Ministerio, de la DIGECOOR, de la DIGESA, de Salud Mental, del doctor Porciúncula [responsable de Salud Mental del MSP], por lo cual esto se transformó en un taller nacional. (...) Lo otro que quería destacar porque se relaciona estrictamente con la pandemia es la campaña que se hizo en el 2020 para la vacunación antigripal. ¿Por qué tuvimos que realizar una campaña distinta de vacunación en 2020? En primera instancia, estábamos en una situación de pandemia, en segunda instancia, no sabíamos cómo iba a ser la pandemia, no sabíamos cómo

iba a ser la ola que nos iba a golpear el año pasado. Por lo tanto, como no sabíamos teníamos que dejar despejada toda la zona de las instituciones, sean públicas o privadas. Las teníamos que dejar despejadas por lo que pudiera acontecer con la pandemia en sí. No podíamos llevar público y no podíamos llevar a la gente que se quería vacunar con la vacuna antigripal a las instituciones a ocupar lugares que pudieran ser necesarios para Covid. Por lo tanto, se organizó acá en el departamento una vacunación antigripal sin antecedentes. Sacamos de las instituciones a todos los pacientes que se tenían que vacunar y organizamos en forma conjunta con la lucha [Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes] y con las otras instituciones un plan de vacunación que se llevó a cabo de acuerdo con todo lo que nos brindó la Intendencia en ese momento, que fueron los lugares físicos, como en San Carlos, como en Piriápolis y así pudimos lograr esa campaña de vacunación antigripal tratando de evitar las aglomeraciones en las instituciones».



Puente Leonel Viera. Barra de Maldonado.

## Fronteras. Cierre y aperturas

El primer decreto del gobierno sobre el cierre de fronteras, promulgado el 16 de marzo de 2020 estableció que no podían desembarcar en el país los pasajeros y tripulantes de cruceros y buques comerciales que provinieron de zonas de alto riesgo. A la vez, no se permitió el ingreso de personas desde la República Argentina cualquiera fuera la vía o la modalidad, con excepción de los ciudadanos uruguayos y los residentes en el país. Se suspendieron los vuelos privados, internacionales, provenientes de Europa y se exhortó a toda la población a no viajar fuera del país. Quedaron exceptuados de estas restricciones el transporte internacional de bienes, mercaderías, correspondencia, insumos y ayuda humanitaria y sanitaria.(4) Progresivamente, en función de la necesidad de actualizar el marco normativo para adecuarlo a la evaluación de las medidas adoptadas y a la evolución de la pandemia, se promulgaron otros decretos.

Por el decreto n.º 102(10) del 19 de marzo se autorizó el ingreso al país de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes en el país provenientes del exterior quienes quedaron sujetos a las medidas sanitarias dispuestas. También se autorizó a los ciudadanos y residentes permanentes de países del Mercosur la permanencia en tránsito en el Aeropuerto Internacional de Carrasco, sin poder ingresar al país. El artículo tercero del decreto dispuso que la suspensión de vuelos no alcanzaba a los que transportan ciudadanos uruguayos y residentes permanentes de Uruguay, y a los que transportan ciudadanos y residentes permanentes de países miembros del Mercosur en tránsito. Unos días después, por el decreto n.º 103 (11) se autorizó el ingreso al país desde territorio brasileño a ciudadanos uruguayos, extranjeros residentes y a quienes acreditaran la calidad de fronterizo. Por su parte, las salidas del país de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes con fines turísticos, por cualquier vía y modalidad, se suspendieron hasta el 13 de abril de 2020.(12)

Por el decreto n.º 104(13) del 24 de marzo se autorizó exclusivamente el ingreso al país de los ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior, con estas excepciones: tripulaciones de aeronaves y buques, choferes del transporte internacional, diplomáticos, extranjeros en el corredor humanitario, brasileños con la condición de fronterizos y otros casos fundados manifiestamente en la protección internacional. El decreto n.º 159 (14) del 2 de junio mantuvo estas excepciones y agregó estas: situaciones debidamente justificadas de reunificación familiar y los ingresos transitorios con fines laborales, económicos, empresariales o judiciales gestionados ante la Dirección Nacional de Migración por el Ministerio competente.

Dos normativas más es importante destacar en este apartado. Por el decreto n.º 195 (15) del 15 de julio se estableció que toda persona que pretendiese ingresar al país, cualquiera fuese el medio, debe completar un formulario en carácter de declaración jurada sobre ausencia de síntomas y contactos con casos confirmados o sospechosos de Covid-19 en los 14 días previos al ingreso al país. Además se estableció el control de temperatura en el punto de entrada, la acreditación de resultado negativo de test para detección de virus SARS-CoV-2 realizado no más de 72 horas antes al inicio del viaje y el cumplimiento de las medidas de aislamiento durante 7 días con realización de nuevo test al séptimo día o de aislamiento durante 14 días desde el ingreso al país. La Ordenanza n.º 897(16) del 13 de agosto del MSP estableció que toda persona que no acreditara el resultado de test negativo al ingreso al país está obligada a realizarse el análisis en los dispositivos móviles de testeo instalados en los puntos de entrada al país, a su costo.



Equipo de gestión de la DDS Maldonado.

### Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Maldonado. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
2. Uruguay. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus) [Internet]. Decreto n.º93 Mar 23, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
3. Uruguay. Se aprueba el instructivo para la sustanciación y aprobación de los protocolos de salud que establecen las condiciones de reapertura o funcionamiento de espacios públicos o establecimientos públicos y privados con acceso público, que luce adjunto a la pre [Internet]. Resolución n.º 233 Jun 17, 2020. Available from: [https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/resoluciones/06/presidencia\\_233.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/resoluciones/06/presidencia_233.pdf)
4. Uruguay. Ampliación de las medidas dispuestas por el decreto n.º 93/20 con el fin de mitigar y prevenir las consecuencias de la propagación del virus Covid-19 (Coronavirus). [Internet]. Decreto n.º 094 Mar 23, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/94-2020>
5. Ministerio de Salud Pública. Medidas de prevención y fiscalización con motivo de la Noche de la Nostalgia. Comunicado. [Internet]. Aug 18, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

- comunicacion/comunicados/medidas-prevencion-fiscalizacion-motivo-noche-nostalgia
6. Ministerio de Salud Pública, Estadísticas Vitales. Día Nacional de Prevención del Suicidio. Presentación de datos. 2020 Jul 17; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentación de datos para Día Nac P Suicidio 2020.pdf>
  7. Uruguay. Se incluye en el catálogo de prestaciones aprobado por el decreto n° 465/008 al Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud [Internet]. Decreto n.° 305 Aug 23, 2011. Available from: [http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons\\_min\\_367.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons_min_367.pdf)
  8. Ministerio de Salud Pública. Dispónese que la atención y seguimiento a las personas con intento de Autoeliminación, para asegurar la accesibilidad a la atención en salud mental y la continuidad asistencial, se realizará mediante el Protocolo de atención y seguimiento a las personas c [Internet]. Ordenanza n.° 384 May 2, 2017. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-384017-atencion-autoeliminacion>
  9. Organización Mundial de la Salud. Herramienta de evaluación de riesgos de Covid-19. 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/mass-gathering-risk-assessment-covid-19-key-considerations>
  10. Uruguay. Autorización del ingreso al país de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes en el país provenientes del exterior quedando sujetos a las medidas sanitarias establecidas en el decreto 93/020. [Internet]. Decreto n.° 102 Mar 25, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/102-2020>
  11. Uruguay. Aprobación de medidas para atender la situación en la zona fronteriza común entre Uruguay y Brasil como consecuencia de la emergencia sanitaria nacional de la pandemia del Covid-19 (Coronavirus) [Internet]. Decreto n.° 103 Mar 30, 2020. Available from: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/103-2020>
  12. Uruguay. Se suspende la salida del país con fines turísticos a los ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes en la República Oriental del Uruguay, hasta el lunes 13 de abril de 2020 [Internet]. Decreto n.° sn Mar 30, 2020. Available from: [https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/decretos/03/msp\\_22.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/decretos/03/msp_22.pdf)
  13. Uruguay. Autorización del ingreso al país únicamente de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior [Internet]. Decreto n.° 104 Mar 30, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/104-2020>
  14. Uruguay. Modificación del art. 2° del decreto 104/020, relativo al ingreso al país únicamente de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior [Internet]. Decreto n.° 159 Jun 10, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/159-2020>
  15. Uruguay. Fijación de requisitos para el ingreso y egreso al país de personas, sean nacionales o extranjeras por cualquier medio, aéreo, marítimo o terrestre. [Internet]. Decreto n.° 195 Jul 21, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/195-2020>
  16. Ministerio de Salud Pública. Información para viajeros que ingresen a Uruguay [Internet]. Ordenanza n.° 897 Aug 13, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-897020-informacion-para-viajeros-ingresen-uruguay>

# Cuidar a las personas mayores

## Procedimiento de actuación en los ELEPEM en la emergencia sanitaria. La experiencia en Montevideo y en Soriano

Los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), conocidos habitualmente como casas de salud o residenciales, son establecimientos y otros servicios públicos y privados que, en forma permanente o transitoria, brindan cuidados a personas mayores, tales como alojamiento, alimentación y otras prestaciones sociales y sanitarias y se encuentran comprendidos en los servicios de cuidados residenciales del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (artículo 1, Decreto 356/2016).(1) El Ministerio de Salud Pública (MSP) en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas (Ley n.º 17.066).(2) Competencias que comparte con el Ministerio de Desarrollo Social referente a la regulación y fiscalización de estos establecimientos (Ley n.º 19.355,(3) Decreto n.º 356/2016).

En el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Poder Ejecutivo en marzo de 2020 (Decreto n.º 93/20),(4) por ser las personas mayores de 65 años un grupo especialmente vulnerable a la Covid-19, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Desarrollo Social publicaron en abril de 2020 un protocolo de actuación con el objetivo de definir y coordinar la atención de los residentes de ELEPEM y de sus cuidadores.(5) Las medidas de actuación referían a tareas pertinentes a los responsables de los establecimientos, a medidas a tomar antes casos confirmados y sus contactos, a recomendaciones para los trabajadores, limpieza y desinfección de superficies y espacios, gestión de residuos, vajilla y ropa de cama y controles en Salud de los residentes. Asimismo, se creó una comisión virtual de trabajo permanente y se habilitó una vía telefónica de contacto directa a los establecimientos en los que se detecte una situación de riesgo.

Las recomendaciones de este documento se cristalizaron y profundizaron en el documento sobre planes de contingencia para los ELEPEM,(6) cuya obligatoriedad se establece por Ordenanza n.º 1011 del 31 de agosto de 2020 (7) y en los convenios de complementación de interior y Montevideo.(8)

El 29 de abril se firmó un acuerdo de complementación entre el Ministerio de Salud Pública, los prestadores públicos y privados de Montevideo, la cámara de emergencias móviles y los seguros integrales, para la atención integral de los usuarios de los residenciales de este departamento. Este acuerdo se firmó con el objetivo de realizar una evaluación asistencial y situación de riesgo de Covid-19 en residentes y funcionarios de los ELEPEM. Es así que se dividieron los ELEPEM entre todos los prestadores, asignándole a cada uno de estos un establecimiento con la finalidad de evaluar y minimizar la entrada de múltiples profesionales a cada residencial.

Con el mismo espíritu de cuidado de las personas mayores institucionalizadas en el interior el país, el 8 de mayo de 2020 se firmó un acuerdo de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI). Tanto ASSE como FEPREMI se comprometieron a coordinar la atención en el primer nivel de atención de los usuarios de los ELEPEM en el interior del país durante la emergencia sanitaria, independientemente de a qué prestador de salud pertenezca cada usuario.(9)

Tanto en Montevideo como en el interior del país estos acuerdos, y los que de ellos se pudieran desprender, son monitoreados por las direcciones departamentales de Salud del MSP en cada departamento ya que cuentan con la perspectiva territorial y local para las articulaciones efectivas entre los prestadores de salud.

## DDS Montevideo

En Montevideo, capital del país, vive prácticamente la mitad de toda la población del Uruguay y, como sucede con otros servicios, concentra la gran mayoría de establecimientos de larga estadía para personas mayores. En marzo de 2020, la agenda de trabajo de la Dirección Departamental de Salud de Montevideo (DDS Montevideo) no incluía expresamente el trabajo con ELEPEM ya que el tratamiento del tema había pasado al área de Ancianidad del MSP. La emergencia sanitaria modificó el plan de trabajo tanto para atender a población que integra uno de los grupos de riesgo -hay 15.000 personas institucionalizadas en Montevideo- como para potenciar la coordinación y optimizar recursos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El doctor Horacio Vignoli, director departamental de Salud de Montevideo repasa los principales aspectos del tema en el departamento.

«Y bueno, ahí se empezó a manejar el tema [en la DDS]. Como era población de riesgo, susceptible y vulnerable a la Covid-19, empecé a interiorizarme cómo era el tema y a partir de ahí me enteré que empezaba un acuerdo que se pensaba firmar, una complementación entre los prestadores integrales de salud -de Montevideo primero, público y privado, ASSE, mutualistas y los seguros- para hacer un relevamiento sanitario de los ELEPEM y detectar casos sospechosos de Covid. Como a veces en los ELEPEM hay muchos prestadores, o sea, cada residente es socio de un prestador, para que no entraran todos los prestadores -a veces había ELEPEM en los que entraban 10 prestadores, 10 médicos que entraban a ver a uno u otro- se decidió con buen tino que hubiera un solo prestador asignado, digamos, que hiciera un relevamiento sanitario, no sólo de las condiciones ... no como fiscalizador, sino como relevamiento sanitario: ver la parte asistencial médica de cada residencial, cada residente y en qué estado de situación estaba, si estaba recibiendo la medicación, dónde estaba viviendo... realmente cuando uno es médico e ingresa a un residencial ve un poco la situación, donde está la persona, si hay mucha gente en una sola habitación, si el baño está en condiciones, si hay ventilación, si en invierno hay calefacción. Cosas básicas que uno ve como médico».

El 29 de abril de 2020 se firmó el acuerdo para el procedimiento de actuación en ELEPEM en el marco de la emergencia sanitaria.<sup>(8)</sup> Este acuerdo tiene por objetivo un procedimiento de seguimiento y vigilancia en ELEPEM y alcanza a todos los establecimientos que alojan personas mayores en el departamento de Montevideo, su alcance temporal está dado por el fin de la emergencia sanitaria y su alcance subjetivo es el de las personas residentes en ELEPEM asignados sospechosos o confirmados como portadores de Covid-19.

Para poner en marcha un acuerdo de las características descritas fue necesario contar una potente base de datos de ELEPEM. Una primera base se construyó a partir de datos preexistentes de establecimientos habilitados y de aquellos que en algún momento hubieran iniciado el trámite de habilitación aportados por el Banco de Previsión Social (BPS), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el área de Ancianidad del MSP y registros propios de la DDS Montevideo. El resultado del

“cruce” de esta información se consolidó en una nueva base que se envió a las direcciones técnicas de los ELEPEM en formato censo. Para realizar este censo en forma eficaz y oportuna, y dado que el tiempo en situación de emergencia sanitaria nunca sobra, fue preciso desarrollar una herramienta informática ágil y completa para ingresar, ordenar y sistematizar el importante volumen de información que se iba a obtener. Junto al Área de Gobierno Electrónico del MSP se diseñó el Programa «Relevamiento sanitario de los ELEPEM» para que, entre otras prestaciones, las direcciones técnicas actualizaran información.

«Se empezó a actualizar los datos para saber si estaban realmente porque muchos habían cerrado, otros se habían mudado, otros [directores técnicos] tenían además otros ELEPEM sin registrar. Cuando se “limpió” la base se usó para dividir ELEPEM entre prestadores.

(...) González Machado [director general de la Junta Nacional de Salud] me dijo que sería bueno que hiciera el enlace entre la Dirección General de la Salud (DIGESA) y la DIGECOOR, o sea, que estuviera en el tema de que lo que se armaba en la DIGESA, cuando se “bajara” a territorio, se hiciera a través de DIGECOOR».

El programa para el relevamiento sanitario se implementó en un primer momento asociado al Programa Coronavirus, como si fuese un módulo sumado a otros con otras prestaciones. Esto hizo que en la práctica, al mismo programa general, hubiese ingresos al sistema y tareas diferenciadas según se tratase de una dirección técnica de ELEPEM o de un prestador asignado a un ELEPEM. Las etapas del proceso no fueron estrictamente secuenciales, esto es, tanto la base de datos de ELEPEM como las vías y formas de comunicación se fueron construyendo en el propio proceso de implementación del procedimiento de actuación de los prestadores de salud.

«Se les mandó un correo a los ELEPEM diciendo “usted tiene asignado a tal prestador”. Después cuando empezamos a ver todas las debilidades empezamos a mejorar la comunicación con los directores técnicos ¿no? Porque antes no había algo fluido.

(...) entonces al censo entraba el director técnico del ELEPEM y al resto del programa entraba el prestador asignado. Cuando entraba al programa coronavirus, tenían que estar cargadas las personas, cliqueaba sobre el residente y se desplegaba la pantalla donde estaban todos los síntomas, donde se hacía un relevamiento de la higiene de la residencia, si aplicaban el protocolo Covid... una cantidad de cosas. [Antes de ingresar al sistema] preguntaba síntomas en un examen médico somero de síntomas o no de Covid, se hizo sencillo cosa de no tener que llenar muchas planillas, que no insumiera mucho tiempo y se dedicaran más bien a la parte asistencial. Y a partir de eso, bueno, se empezó a llenar ese programa.

A partir de ahí [de tener la lista de todos los ELEPEM], lo que hice fue a hablar con cada director técnico de los prestadores para que ellos me asignaran un referente porque a veces la comunicación entre el Ministerio y las instituciones es compleja, entonces tiene que haber un interlocutor para que te puedas manejar. A partir de ahí hubo un referente en cada institución, armé una lista de whatsapp y de correos electrónicos y empezamos a comunicarnos. Ellos me decían “fui a tal residencial y estaba cerrado”, “no está más”, “cambió de director técnico”, entonces se fue actualizando la base de datos. Claro, un poco la debilidad de este sistema era que la base de datos no estaba actualizada, algunos tenían dificultad en entrar a los ELEPEM porque en realidad no entraban como Ministerio sino

## El acuerdo en Montevideo para el procedimiento

El acuerdo establece las siguientes responsabilidades para cada una de las partes: MSP: brinda los datos del ELEPEM (dirección, teléfono, dirección técnica y titular) e informa si está categorizado como de riesgo sanitario; aporta toda información relevante para una adecuada atención; garantiza un medio de comunicación directo, rápido y eficaz.

Dirección técnica, encargado o titular de ELEPEM: asegura la existencia y utilización de todos los equipos de protección personal que se requieran y la aplicación de los protocolos; coordina y está presente (en lo posible) en la primera visita que se realice en la institución a su cargo y en todas las instancias que lo requieran; facilita al prestador actuante la información de organización, población, características, antecedentes y demás datos del ELEPEM, de su equipo técnico, de trabajo y de los residentes; recibe y hace cumplir las indicaciones y recomendaciones que se le realicen; suscribe todas las comunicaciones y notificaciones que le realice el personal técnico del PA.

Prestador asignado (PA): realiza el seguimiento y vigilancia sanitaria del ELEPEM asignado con acciones de prevención, diagnóstico precoz y seguimiento clínico de pacientes Covid-19; informa al MSP sobre sus actuaciones; comunica al MSP en forma inmediata si detecta riesgo sanitario para que el ministerio actúe según la ley n.º 17.066; coordina con el prestador de origen del usuario (PO) las prestaciones asistenciales y prescripción de medicamentos que correspondan a pacientes Covid-19 positivos; optimiza la concurrencia de otros técnicos al ELEPEM priorizando la actividades de telemedicina.

Prestador de origen (PO): cumple las obligaciones y prestaciones que deriven de la aplicación del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS); realiza el tratamiento de sus usuarios calificados como Covid positivos; traslada e interna a los pacientes residentes en ELEPEM diagnosticados como Covid-19 (clasificados amarillo o rojo).

El acuerdo también establece que es responsabilidad del prestador asignado determinar la necesidad de hisopado e informar al prestador correspondiente al residente, y le compete comunicar al MSP aquellas situaciones donde no fuera posible el aislamiento con garantías sanitarias.

como prestador [asignado]. Los tomaban como que iban a fiscalizar. Me lo comunicaban a mí, yo comunicaba al Ministerio, nos comunicábamos con el ELEPEM, y decíamos “mirá, fulano de tal tiene que entrar porque es un prestador asignado para ustedes”».

La implementación de un sistema informático en tiempo récord, con diversos usuarios, diversas tareas y bases de datos preexistentes de distinta naturaleza no estuvo exenta de una serie de dificultades. Tal vez las principales fueron consolidar información a partir de datos previos que podrían ser incongruentes y solucionar los problemas propios de ingreso a un sistema (activación de usuarios y contraseñas, adecuación de software a equipos propios, por ejemplo).

«(...) lo que propuse fue que todos los correos con estos problemas fueran a mesa de ayuda [de Gobierno Electrónico del MSP], que se le asignara un número de trámite para poder hacer el rastreo, porque a veces llegaban a un correo ELEPEM 2020, a mí, a la DDS Montevideo, a Ana Laura Peirano [responsable del área Ancianidad del MSP]... dije, vamos a centralizar, entonces hablé con los referente de los ELEPEM y de los prestadores: “vamos a mandar todo a mesa de ayuda y mesa de ayuda, si es un problema de usuario y contraseña que lo mande a Informática, si es un tema que no están cargados los datos, me los mandan a mí para que se cargue los datos, porque claro, si no están cargados los datos de los residentes el médico no puede cargar. Se habló con los directores técnicos para que tuvieran el censo al día. María del Luján Giudici [subdirectora general de la Salud del MSP] lleva adelante este proyecto, habló con los directores técnicos para que cargaran porque eso hay que hacerlo teóricamente por ordenanza dos veces a la semana. A partir de esto ¿qué pasó? Se empezó a conocer la noticia que se estaban relevando los ELEPEM, que se iba a empezar a vacunar de la gripe además, y ahí empezaron a aparecer ELEPEM que querían vacunarse, pero no habían iniciado el trámite [de habilitación], así que lo iniciaron y hubo más para asignar a los prestadores».

Otro momento importante en el proceso de implementación del procedimiento en los ELEPEM fue el de la distribución de la atención de residentes entre prestadores y la operativa concreta. Aquí se acuñaron las siglas PA para identificar al prestador de salud asignado a un ELEPEM y PO para identificar al prestador de origen, es decir, al prestador de salud propio de cada residente.

«El criterio fue asignar primero a los prestadores que tuvieran más socios mayores de 65 años y así se iba bajando la lista, generalmente ASSE, CASMU [Centro de Asistencia Sindicato Médico del Uruguay], la Española [Asociación Española Primera de Socorros Mutuos], MUCAM [Médica Uruguaya] son los que tienen mayor cantidad de usuarios y mayores de 65 años, hasta llegar a los seguros privados que también participaron del acuerdo.

(...) no sólo algunos son lugares de difícil acceso, y es difícil conseguir médicos para esa tarea ¿no? Ir a ver pacientes a residenciales. [Sin embargo] es como si fuera algún llamado, generalmente van con una enfermera en un auto; enfermera, un auto, el médico son recursos que tiene que poner el PA.

En general se les dijo que la primera vez fueran en forma presencial, y digamos, si no encontraban nada complicado, hicieran una llamadita unos días después para ver cómo estaba la situación. Se estableció una relación con el director técnico del ELEPEM, una referencia fluida. El director

técnico tenía ahora un referente a quien dirigirse en el caso que hubiera una complicación en el ELEPEM. Silvia [Guerra, del equipo de la DDS] está dando una mano bárbara porque está yendo a los ELEPEM, cuando hay brotes o casos sospechosos va con el equipo de brotes del MSP».

[El equipo del PA] «hace un relevamiento de los pacientes, primero el estado físico, el ambiente en el que están, si están tomando la medicación, si están siendo controlados por su médico, eso es lo básico. Si ellos en ese momento detectan alguna patología o síntoma llaman al prestador de origen [PO], para que los visite y vea si hay que trasladar. En general están todos en el mismo grupo [de whatsapp] entonces, en el grupo dicen “bueno, quién está de Médica Uruguaya, estoy yo, bueno, mirá, tengo un paciente positivo, tengo un paciente con síntomas, hay que venir a verlo...” una comunicación rapidísima. Si había que internar, el prestador de origen hacía el traslado.

¿Qué pasa si hay uno positivo o dos, que ya es un brote? Se tomó la resolución de hisopar a todos, sea positivo o un sospechoso, se hisopa a todo el ELEPEM. De esto se hace cargo Salud Pública si el equipo de brote dice “aquí hay que hisopar a todos”, se habla con quien coordina con el laboratorio y se hisopa al otro día. Ahí está atento el equipo de los ELEPEM, director técnico y referentes, y en la tarde o noche está pronto el resultado y se dice la cantidad de positivos y qué hay que hacer ahí. Hay ELEPEM que tienen lugar para aislar. Si hay funcionarios positivos, muchos toman la decisión de trabajar y hacer la cuarentena en el lugar, otros se van para su casa».

El prestador asignado es una suerte de punta de lanza en el procedimiento acordado, opera como centinela en las rondas de relevamiento sanitario para lanzar alertas al prestador de origen. Si se detectan síntomas o patologías fuera o dentro de estas rondas, es el prestador original el que se hace cargo de la atención, aporta la medicación, decide la internación y realiza el traslado. La operativa implica una alta y rápida coordinación y un esfuerzo colaborativo de quienes intervienen en ella.

«(...) establecimos una relación de confianza (...) hay buena colaboración, la verdad que excelente, no te voy a decir que estoy sorprendido porque conozco, pero la verdad que es excelente. [El sistema] funciona perfecto, perfectísimo, es más, se han quejado algunos ELEPEM porque han ido muchas veces a controlarlos. Es un beneficio para todos, no sólo para el ELEPEM sino para el sistema de salud porque podía haber pacientes con síntomas que pasaban desapercibidos y terminaban en CTI, teniendo tiempo, si está con síntomas se lo puede internar, se le puede hacer un tratamiento de base, entonces, no se agrava».

La experiencia, calificada como provechosa, en la práctica fue más allá de lo específico en cuanto a vigilancia y seguimiento de casos sospechosos y confirmados de Covid-19, lo que constituye un plus en la atención.

«(...) cuando se detectó un paciente que comenzó con vómitos y diarrea no atribuibles a Covid se empezó a investigar y era un brote de salmonelosis; en otro momento capaz que se hubiera contagiado alguien, pero enseguida cuando empezó la diarrea y los vómitos se lo aisló pensando que capaz que era Covid y [se controló el brote de salmonelosis].

El control de la historia clínica se hace también... allí tiene historia clínica

escrita, eso es importante, si el médico tratante escribe en algún lado... generalmente hay un cuadernito en el que escriben».

Como en toda experiencia que se revisa críticamente, siempre es posible identificar aprendizajes, debilidades y oportunidades de mejora en el procedimiento en el camino de su consolidación, ampliación o réplica en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

«(...) mi idea es que siga funcionando, se lo planteé a Giudici (...) primero tenemos que lograr un único programa con distintos usuarios, “yo entro por habilitación, yo entro por médico”, o sea, cada uno pero un programa sólo (...) que esté el censo, esté la habilitación, en qué etapa está, y a nivel nacional ¿no? No sólo en Montevideo, sino en todo el país (...) un solo programa que se le puede poner X que tenga primero todos los datos de residencial y a su vez se pueda desplegar la cantidad de usuarios que hay, de residentes y funcionarios y que puedan tener su ficha ahí, todo con confiabilidad, podrán estar todos los datos en una nube (...), que si un paciente necesita internación el médico pueda ver la historia ahí, inclusive que pueda solicitar que se le agreguen cuestiones de calidad, como por ejemplo, si tiene úlceras de presión, que es un tema de calidad asistencial que no se debiera tener si se lo higieniza bien, se lo cambia de posición varias veces, habla del cuidado. Bueno, si tiene úlceras de posición o de presión quiere decir que falla un poco en el tema de seguridad del paciente. Otro tema de seguridad son las caídas, si consta muchas caídas, hay que tomar recaudo (...) y después todo lo de geriatría ¿no? de movilidad, todas las escalas que hay, es completo, pero cada uno hace lo suyo y va completando en el sistema para después sacarle “un número”, estadística, dónde se está parado (...) otra cosa que se vio son mejoras en la habilitación, hacerlas de otra manera, porque cuesta un poco habilitar por los tiempos, yo me entrevisté con varios de la asociación de residenciales y te dicen “me piden el carné de salud y cuando lo tengo se me venció otra cosa y se me pasó el tiempo... y la habilitación de Bomberos, es otra cosa que también”. Tiene que ser más rápido, capaz que haciendo foco en otras cosas importantes.

Al cruzar las bases de datos se empezó a trabajar más con el MIDES en la parte social, porque todo lo social es un componente importantísimo (...) la idea es que sea un residencial realmente, que no sea un depósito. [Con respecto a las direcciones técnicas] tendría que haber una definición del cargo, si tiene que tener algo en gestión, si ser geriatra, si ser licenciado en enfermería... perfilar el cargo, si ya no está definido. De ser posible, restringir el número de residentes a su cargo, eso facilitaría el mayor control asistencial y social sobre ellos».

La coordinación -interinstitucional o intersectorial-, entendida como espacio habilitante para la revisión diagnóstica de temas en común y el consecuente desarrollo de propuestas y acuerdos de ejecución con complementación de recursos y servicios, es una línea de trabajo a profundizar.

«(...) es una lástima que el trabajo se desperdicie, el trabajo llevó tiempo, mucha gente trabajando (...) y creo que habría de incitar a las asociaciones de ELEPEM a trabajar en conjunto, los que ya están asociados en realidad cumplen, pero tienen que ser socios nuestros, y que la gente vea que asociándose, estar en un grupo, eso va a favorecer la habilitación, trabajar mejor. Que al Ministerio no lo vean como un “cuco”, sino que nosotros

estamos para colaborar, para ayudar, si el ELEPEM tiene dificultades edilicias, bueno capaz que hablar con el SINAE, por ejemplo, para levantar una pared. Hay algunos [residenciales] que cerraron porque bueno, no hay forma, pero a otros se puede ayudar, levantar una pared, arreglar el baño.... hay que ver todo el tema de la comida, de la alimentación, revisar la normativa, lo de la calefacción en invierno... y trabajar más con los directores técnicos.

(...) la complementación [no debería ser] sólo público y privado sino entre privado privado... se optimizan los recursos, en este caso es importante, en este caso más que nunca, porque para un ELEPEM en que podrían estar varias personas o una sola, se puede optimizar recurso humano por ejemplo, en vez de que vayan 10 médicos va uno solo y un equipo, y a su vez los otros apoyan de atrás, ese médico que está ahí sabe que si mira para atrás tiene apoyo de las instituciones, eso es importantísimo, a la institución le sirve también porque baja los costos».

El doctor Vignoli también ayudó en la implementación del programa en el interior del país, aunque en cada caso hubo adaptación a las dinámicas locales ya que y por ejemplo, es común que en el interior haya un solo prestador público y un solo prestador privado en el SNIS y dispersión geográfica de los ELEPEM según la distribución de ciudades y pueblos en cada departamento. Si bien el tema Covid-19 fue preponderante en la agenda de trabajo, la Dirección Departamental de Salud de Montevideo continuó con las funciones y tareas que le competen.

«(...) trabajamos con los municipios, en la parte de violencia doméstica, en la coordinación y trabajando en la Comisión de Violencia de Género nos reunimos con el Mides y después salió el plan de alimentación (no a raíz nuestro), se planteó el tema de las ollas y. porque claro, se empezó a hablar por el tema de los chiquilines con la educación porque no iban a la escuela, ¿estos chiquilines dónde comen? bueno ahí empezó todo un tema. En el CECEOED (10) nos vinculamos con la intendencia y generamos alianzas. En la parte de esparcimiento me invitaron a los diez años del Plan de Casavalle, la verdad que me impresionó, el Sacude<sup>1</sup> (11) es fabuloso. Conocí a los alcaldes...He visto que hay infinidad de organizaciones trabajando y a veces falta el efecto dron, no es que haya mala voluntad, es que todo el mundo está enfrascado en sus cosas».

<sup>1</sup> El Complejo SACUDE, ubicado en el barrio Municipal en la zona de Casavalle, se construyó en 2010, en el marco de la regularización de tres asentamientos de la zona: Barrios Unidos, Curitiba y 3 de Agosto. El SACUDE es una apuesta para mejorar la calidad de vida de los vecinos y vecinas de la zona buscando el acceso democrático a la cultura, el deporte y la salud.

## Centro coordinador de emergencias departamental (CECOED)

El artículo 1 de la ley n.º 18.621 consagra un «Sistema Nacional de Emergencias, un sistema público de carácter permanente, cuya finalidad es la protección de las personas, los bienes de significación y el medio ambiente, ante el acaecimiento eventual o real de situaciones de desastre, mediante la coordinación conjunta del Estado con el adecuado uso de los recursos públicos y privados disponibles, de modo de propiciar las condiciones para el desarrollo nacional sostenible».(10) En cada departamento hay un CECOED, que es el ámbito de articulación operativa para la Gestión Integral del Riesgo.

## Datos epidemiológicos

Según los informes epidemiológicos del MSP, a agosto de 2020 la letalidad total de la enfermedad fue 2,67 por cada 100 casos y la mortalidad en la población general fue 1,08 por cada 100.000 habitantes. Hacia fines de 2020 estos datos eran 0,91 y 3,09 respectivamente. El último informe consultado para esta publicación es de marzo de 2021 donde los guarismos estaban en 0,97 y 22,43 respectivamente.

Contemplando específicamente a la población de entre 65 y 74 años, a agosto de 2020 la letalidad total por cada 100 casos fue 10,17, a diciembre de 2020 fue 4,48 y a marzo de 2021 fue 3,87. La mortalidad total en esta franja etaria fue 4,32 cada 100.000 habitantes a agosto de 2020, 10,44 a fines de diciembre de 2020 y 60,11 a marzo de 2021.

Si se considera sólo la población de 75 años y más, la letalidad pasó de 14,16 cada 100 casos en agosto de 2020 a 9,13 a diciembre de 2020 y a 11,69 a marzo de 2021, mientras que la mortalidad total en este grupo etario fue 6,74 cada 100.000 habitantes a agosto de 2020, 24,85 a diciembre de 2020 y 197,11 a marzo de 2021. (13)



Equipo de gestión de la DDS Montevideo.

## DDS Soriano

El departamento Soriano, en el litoral oeste del país, limita con el río Uruguay y con los departamentos Río Negro, Flores, San José y Colonia. Unas 82.000 personas viven en Soriano, distribuidas en sus tres ciudades principales: Mercedes (la capital), Dolores y Cardona.(12)

La Dirección Departamental de Salud de Soriano se propuso actualizar información y conocer de primera mano la situación de los ELEPEM en el departamento. Dos relevamientos realizados en el primer semestre de 2020, uno en abril-mayo y otro en junio-julio, son parte de esta estrategia que también incluyó el establecimiento de acuerdos para la atención de las personas residentes. Estas acciones, entre otras, son comentadas por el director departamental de Salud de Soriano, Darío Saráchaga, y la referente epidemiológica de la DDS, Mariela Guerein.

«(...) fue en abril, así que al mes [de la declaración de emergencia sanitaria] nos preguntamos qué pasaba en los establecimientos de nuestro departamento. A partir de las directivas que empezaron a venir del Ministerio de Salud Pública, de la DIGECOOR, hablamos con ella [con la licenciada Guerein] e hicimos un planeamiento de primero, tratar de conformar equipos con la gente de la DDS encabezados por nosotros dos, acompañados en algún momento por alguno de los otros funcionarios, y relevar todo el departamento. Se hizo todo un relevamiento en las ciudades principales -Mercedes, Dolores y Cardona- y en algunas otras poblaciones pequeñas que también tienen establecimientos».

Fruto de esta actividad se actualizó la cantidad de establecimientos: 16 en Mercedes, 7 en Dolores y 10 distribuidos entre Cardona, Santa Catalina y otras localidades aledañas. Hay unas 700 personas institucionalizadas que son atendidas por alrededor de 200 funcionarios de ELEPEM. Todas las visitas se realizaron estrictamente bajo las medidas sanitarias adecuadas y cada visita fue una oportunidad para exhortar al comienzo, continuación o terminación de los trámites de habilitación.

«Se hizo [un censo] primario con mucha celeridad para tener una foto de dónde estábamos parados, en abril y mayo, posterior se siguieron haciendo... ahí sí con un poco más de quietud y conociendo las dificultades más prontas. [Independientemente de los censos se hizo] alguna fiscalización "sorpresa" or parte de los funcionarios de la DDS para ver si se estaban cumpliendo con los protocolos y ese tipo de actuaciones. Tuvimos una donación de una empresa privada que nos hizo llegar un grupo de socorristas y se repartieron 10.000 mascarillas en todos los residenciales que en ese momento estaban catalogados en el departamento. Y ahí ya aprovechamos y realizamos otro relevamiento, eso fue en junio-julio de 2020, para ver si se estaban cumpliendo con las recomendaciones que se habían hecho al principio cuando se hizo la primera ronda. Y tuvimos una buena respuesta».

Las circunstancias propias de cambios en un primer año de gobierno sumadas a la emergencia sanitaria obstaculizaron en parte la coordinación interinstitucional, por ejemplo, con la demora en el nombramiento de las nuevas autoridades del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en territorio y la posibilidad de coordinar acciones en conjunto.

## Acuerdo de cooperación interinstitucional FEPREMI-ASSE (9)

El 8 de mayo de 2020 la Federación de Prestador Médicos del Interior (FEPREMI) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) firmaron un acuerdo de cooperación para coordinar la atención de los usuarios de ELEPEM de localidades del interior de Uruguay durante el período de la emergencia sanitaria con las siguientes bases: «La asistencia comprenderá exclusivamente acciones de primer nivel de atención, consistentes en prevención, diagnóstico precoz, asesoramiento, coordinación para la prescripción de medicamentos y extensión de recetas y el seguimiento de las personas que residan en los ELEPEM, siendo indiferente al prestador que esté afiliado cada uno (...) La distribución de los ELEPEM de cada localidad que deberá cubrir cada prestador en cada localidad se efectuará en forma coordinada entre del director departamental de Salud, ASSE y FEPREMI».

El acuerdo, entre otras disposiciones, establece que la asistencia no sustituirá en ningún caso la decisión ni la responsabilidad de las direcciones técnicas médicas de los ELEPEM, que las visitas a cada ELEPEM serán realizadas por personal técnico idóneo con el equipamiento y protocolo establecidos y que los traslados e internación los realiza el prestador al que esté afiliado cada residente.

## Los acuerdos en Soriano: Cardona (14)

El 23 de junio de 2020 en la sede Cardona del Círculo Católico los responsables de la DDS Soriano se reunieron con representantes de los prestadores de salud público y privados y las direcciones técnicas de los ELEPEM de Cardona, Egaña, Rodó y Santa Catalina, para acordar acciones en el marco del acuerdo firmado entre la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), distribuir entre los prestadores la atención de los ELEPEM relevados por la DDS Soriano y explicar el llenado de la historia clínica de residentes. La atención de residentes durante la emergencia sanitaria de los diez establecimientos existentes en la zona referida quedaron así distribuidos: 3 con la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP-ASSE), 2 con el Hospital de Cardona (ASSE), 3 con el Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS IAMPP) y 2 con el Círculo Católico del Uruguay (CCOU).

«(...) se tuvo que trabajar independientemente si había o no un director del Mides. Posterior, nos acercamos a la dirección nueva que había ingresado en el Mides, se hicieron algunos relevamientos en algún ELEPEM de la ciudad de Mercedes, pero después se nos comunicó que ellos iban a hacer un relevamiento por fuera de lo que era la parte sanitaria y la iban a hacer independiente de cómo la íbamos a hacer nosotros. En la enorme mayoría [de los casos] fue del trabajo del personal de la DDS, en aquel momento se contaba con tres funcionarios. Eran tres que salían de a dos, después salían otros dos, y así... pero en el momento que se hicieron los dos relevamientos, éramos yo como director departamental y tres funcionarios que hacíamos ese trabajo. Y estamos hablando de movilizarse a veces 100 kilómetros desde la dirección departamental en Mercedes hasta Cardona, que es el límite más lejano que tenemos en Soriano... que también tenemos un residencial allí compartido con Colonia (...) es el primero que tuvimos habilitado en 2020, es una enorme satisfacción por el trabajo que han hecho los funcionarios, por haber logrado en un año cosas que capaz que en varios años no se habían logrado, de habilitaciones de algún residencial, o un relevamiento tan exquisito como el que se tenía, o se tiene... es de satisfacción por el trabajo enorme que hicieron los funcionarios».

[Agrega Mariela Guerein] «se tenía un número de residenciales pero no el total como tuvimos en el 2020, 33 residenciales que se fiscalizaron todos, de acuerdo con las normativas del MSP y la DIGECOOR que nos enviaron para realizar la fiscalización. Cuando comenzó la pandemia fue muy importante tener ese número nuevo de residenciales que no se tenía y ver la situación de cada uno y verificar con la fiscalización si tenían director técnico o si no tenían... ¿Cuántos residentes había? ¿Cuántos había según la movilidad de cada uno?... era muy importante para seguir la situación sanitaria en la que estamos ¿no? Por eso fue importante hacer ese relevamiento que se realizó en el cien por ciento. Algunos fueron nuevos para nosotros porque preguntando a la gente, la gente te decía mirá... en aquel lugar hay un residencial... se concurría y se fiscalizaba».



Carmen Méndez y Carlos Batista, residentes del Hogar de Ancianos de Mercedes, Soriano.

Así como tener información actualizada y completa fue una de las prioridades de la dirección departamental, había una segunda parte por hacer igualmente importante y que refiere al seguimiento y atención de residentes y funcionarios de ELEPEM.

«Posteriormente se hicieron reuniones en las tres ciudades con las cabezas directrices de cada prestador, de los públicos y los privados, involucrándolos en la situación y se llegaron a firmar los primeros acuerdos (...) En Cardona se repartieron los tres prestadores los servicios de asistencia y los relevamientos médicos: CAMS Cardona [Centro Asistencial Médico de Soriano, CAMS], ASSE Cardona y Círculo Católico; en Dolores, CAMS Dolores, el Hospital de Dolores, ASSE Dolores y Evangélico [Mutualista Hospital Evangélico, sede secundaria]; y en Mercedes, lo que es ASSE, RAP Mercedes sobre todo, y CAMS Mercedes».

[Los] «acuerdos se hicieron bajo lineamientos que vinieron del MSP de que aquellos lugares que tenían una conformación del dueño y el director técnico, más un director médico, no deberían también tener una asistencia porque ya la tenían... pero muchos de ellos no contaban con directores médicos, entonces se llegó a firmar un convenio, que está vigente, para que si durante la emergencia sanitaria esas personas necesitan asistencia médica cuenten con un referente de algunos de los prestadores, CAMS y ASSE.

Se dividieron equitativamente, independientemente del prestador al que el usuario pertenezca, para no estar con el trasiego permanente de que venga un prestador u otro. Cada ELEPEM tiene su médico designado y su prestador que le corresponde. Entonces le hace el seguimiento, si hay una situación de sospecha o hay que aislar, son los que van a trabajar conjuntamente con la licenciada Guerein y el grupo de epidemiología del departamento. Hasta ahora no se ha dado ningún caso positivo de residentes en ningún lugar del departamento. Sí hubo un funcionario que dio positivo. Ahí se activó este acuerdo afirmado, se llamó al prestador correspondiente. El prestador se encargó de realizar los hisopados a los funcionarios y a todos los residentes de forma inmediata.

(...) los acuerdos se firmaron en conforme con todas las localidades después, por una cuestión que también es lógica, algunas direcciones de ASSE y algunas direcciones de CAMS cambiaron en el correr del año (...) no dio el tiempo para firmar un convenio, pero todos saben y siguen teniendo la tesitura de que si pasa algo... es obvio que con el involucramiento de todos los prestadores de salud, más el MSP como rector en salud, representado por la dirección departamental de salud en el departamento, se tiene que hacer una coordinación adecuada para salvaguardar lo que pudiera ser, esperemos que no, un brote. La respuesta siempre ha sido muy satisfactoria. La verdad que estamos orgullosos del plantel de prestadores y del personal de servicios de salud que se han puesto la camiseta del departamento de Soriano y esto al hombro».

Los relevamientos permitieron constatar que, en general, los establecimientos de larga estadía estaban en buen estado. A la vez, las autoridades de la DDS notaron mejoras entre un relevamiento y otro tanto en lo que hace a la tesitura de los responsables como en lo que tiene que ver, por ejemplo, con el control y disposición de medicamentos y la actividad en las historias clínicas.

[Dice Mariela Guerein] «Un día me llamó un médico de acá de Mercedes y nos felicitó porque realmente veía el cambio que había habido en los residenciales... y eso te deja contenta por el hecho de que se agradece, porque había visto el cambio como dice el doctor en las historias clínicas, y el cambio de higiene en los residenciales, del estado de los residentes. Nosotros aparte de todo eso del relevamiento que hicimos, llamábamos por teléfono una vez a la para ver si necesitaban algo, si había ido el médico, cómo estaban con las medidas de protección, si estaban cumpliendo con las recomendaciones, y tuvimos buena respuesta».

Otro aspecto importante reforzado a partir de los relevamientos fue que se activó la presentación de documentación para la habilitación de los establecimientos continuando y acelerando los procesos ya iniciados. Según se indicó, en la mayoría de los casos son pocos los pasos que faltan para que muchos establecimientos puedan completar el trámite de habilitación. En gran medida la exhortación a reducir la movilidad durante la pandemia justificó el estado de pendiente en algunos trámites.

La experiencia del cuidado durante la pandemia de las personas mayores institucionalizadas en Soriano permitió identificar fortalezas y oportunidades y visualizar, con un enfoque más preciso, el tema de la ancianidad en nuestro país.

«Dificultades siempre hay pero uno ante este tipo de situaciones debe tener planes de contingencia y tener estrategias planificadas y siempre estar atento (...) Y bueno, la oportunidad, me parece a mí, es que nos da un panorama de lo que es la ancianidad, de visualizar los problemas que tiene la ancianidad, los problemas que acarreó la pandemia, no nos olvidemos que los residentes muchas veces no tienen una contención familiar o por algún problema familiar o porque por la longevidad propia han dejado de tener su núcleo de interacción familiar o por alguna patología especial. Entendamos que muchas familias hoy en día, la mujer y el varón, trabajan a destajo fuera del domicilio y no pueden hacer una asistencia correcta o cuidado.. Y creo que pone a vista de todos la situación que tiene la ancianidad y longevidad en el Uruguay. (...) si bien la emergencia sanitaria en algún momento se va a terminar y la pandemia va a pasar, probablemente las situaciones de ellos sigan teniendo que atenderse y bueno desde las direcciones departamentales creo que, trabajando en territorio por lo que es la política sanitaria del MSP y del gobierno tenemos que estar atentos a todo eso y ofrecer el mayor esfuerzo y tratar de mejorar la calidad de vida de esa gente porque, entendamos, muchos de nosotros vamos a pasar por esa situación y no sabemos si en algún momento podamos ir o no algún tipo de residencial».

«Estoy de acuerdo con lo que dice el doctor, digo, esto nos ha dejado mucha experiencia en la pandemia, y la oportunidad de aprender y poder ayudar a las personas y a los adultos mayores. En este caso son muy vulnerables y tratar de que ellos estén bien es muy importante».



Equipo de gestión de la DDS Soriano.

### Referencias bibliográficas

1. Uruguay. Reglamentación relativa a la regulación, habilitación y fiscalización que ofrezcan servicios de cuidados a personas mayores. [Internet]. Decreto n.o 356 Nov 14, 2016. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>
2. Uruguay. Régimen de los establecimientos privados que alojan adultos mayores [Internet]. Ley n.o 17.066 Jan 8, 1999. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998/17>
3. Uruguay. Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2015-2019 [Internet]. Dec 30, 2015. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015>
4. Uruguay. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus) [Internet]. Decreto n.o 93 Mar 23, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
5. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones a Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) para la prevención y actuación frente al Covid-19. 2020 Apr; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/planes-contingencia-para-residenciales-frente-covid-19>
6. Ministerio de Salud Pública. Planes de contingencia para los ELEPEM (establecimientos de larga estadía para personas mayores). 2020 Apr; Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/planes-contingencia-para-residenciales-frente-covid-19>
7. Ministerio de Salud Pública. Ratificar con carácter general y obligatorio para

## Los acuerdos en Soriano: Mercedes (15)

El 25 de mayo de 2020 en las instalaciones del Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS IAMPP) en Mercedes, los responsables de la DDS Soriano se reunieron con representantes de las instituciones públicas y privadas responsables de la atención como prestadores de salud de los usuarios que residen en los ELEPEM, con el objetivo de direccionar, planificar y organizar la atención de residentes de ELEPEM de la ciudad de Mercedes según registro de la DDS Soriano. El orden del día de la reunión incluyó la identificación de lugares en la ciudad donde llevar a cabo un plan de contingencia para el ingreso de residentes que por diversas situaciones no puedan permanecer en el ELEPEM o no tengan indicación de ingreso a establecimientos sanitarios. Como en el resto de las localidades del departamento, la atención de residentes de ELEPEM durante la emergencia sanitaria se distribuyó entre los prestadores independientemente de a qué prestador está afiliado cada residente. Así, en forma equitativa, los 16 ELEPEM se distribuyeron en CAMS IAMPP y ASSE.

## Los acuerdos en Soriano: Dolores (16)

El acuerdo de complementación y apoyo durante la emergencia sanitaria, para la atención de residentes de ELEPEM en la ciudad de Dolores, se firmó el 1 de julio de 2020. Participaron la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, RAP y hospital), Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS IAMPP) y el Ministerio de Salud Pública. Este acuerdo, que sigue los lineamientos generales del acuerdo de cooperación interinstitucional entre FEPREMI y ASSE, distribuye la atención de los ELEPEM de Dolores entre ASSE (4 establecimientos) y CAMS IAMPP (3 establecimientos). El prestador asignado al ELEPEM conforma a los efectos un equipo médico constituido por médico y personal de enfermería que realizará el seguimiento en forma presencial y telefónica, se encargará de la repetición de recetas médicas y de la toma de muestras nasofaríngeas requeridas cuando estas coincidan con las visitas planificadas.

- todos los Directores Técnicos y propietarios de ELEPEM el cumplimiento de protocolos y recomendaciones establecidos por esta Secretaría de Estado ante la pandemia en curso [Internet]. Ordenanza n.o 1011 Aug 31, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza->.
8. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Procedimiento de actuación por los prestadores integrales en el ámbito de los establecimientos de larga estadía para personas mayores en el marco de la Situación de Emergencia Sanitaria Nacional declarada por decreto n.º. 93/2020 de 13/03/2020. Apr 29, 2020.
  9. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Acuerdo de cooperación interinstitucional FEPREMI-ASSE. May 8, 2020.
  10. Uruguay. Creación del Sistema Nacional de Emergencias público y permanente. [Internet]. Ley n.º 18.621 Nov 17, 2009. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18621-2009/7>
  11. Intendencia de Montevideo, Municipio D, Complejo SACUDE (Salud, Cultura y Deporte) [Internet]. Available from: <https://municipiod.montevideo.gub.uy/node/714>
  12. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Soriano. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
  13. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud. Informes epidemiológicos. Informes de situación epidemiológica nacional sobre Covid-19 [actualización]. [Internet]. Montevideo: Departamento de Vigilancia en Salud; 2021 Jan. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-epidemiologico-covid-19-actualizacion-3-enero>
  14. Ministerio de Salud Pública, Dirección Departamental de Salud de Soriano. Acta de reunión en Cardona. Cardona, Uruguay (Soriano); Jun 23, 2020.
  15. CAMS-IAMPP FEPREMI. Acta de reunión en Mercedes. Mercedes, Uruguay (Soriano); May 25, 2020.
  16. Ministerio de Salud Pública, Dirección Departamental de Salud de Soriano. Acuerdo de complementación y apoyo durante la emergencia sanitaria, para la atención de residentes de ELEPEM en la ciudad de Dolores. Dolores, Uruguay (Soriano); Jul 1, 2020.

# Mi casa está en la frontera

## Estrategia de control y mitigación del virus SARS-CoV-2 en Paysandú y en Río Negro

Banda «pradera-frontera y puerto» han sido -para los historiadores Reyes Abadie, Bruschera y Melogno- (1) los ejes fundamentales del período colonial del Uruguay. Gerardo Caetano (2) argumenta que, esta triple ecuación fundamental se proyecta a lo largo de toda la historia del país, y por tanto, se puede instrumentar como base explicativa del derrotero histórico del Uruguay en diversos períodos. Para este autor la dimensión más definitoria de las características del país de la tríada antes mencionada es la de «frontera».(3) El «país frontera» como zona de litigio, de indeterminación, de encrucijada comercial y cultural. Según el autor, el «adentro» en el Uruguay siempre ha estado interpenetrado por el «afuera» lo que difumina y oscurece los límites de esta tensión. La frontera es siempre lo que separa y al mismo tiempo lo que une. La frontera en este sentido no es el límite sino bastante más que ello. Es por definición un terreno de ambigüedades, una zona de intercambio múltiple y un ámbito un tanto difuso.

En el momento actual, los retos y estrategias de respuesta a la emergencia sanitaria, iniciada en marzo de 2020 también se pueden leer en la dimensión de «país frontera». En efecto, los desafíos de muchos departamentos limítrofes del país tienen que ver con la emergencia de temas que tienen una dimensión externa o más específicamente «interméstica».(4) (5) Esto es, exhiben una combinación compleja e inseparable de elementos internos y externos. Para ejemplificar la importancia de la dimensión interméstica de las acciones de control de la pandemia, a la hora de definir medidas de salud pública para proteger a la población de los riesgos relacionados con la emergencia sanitaria, se han debido tener en cuenta los posibles efectos que las mismas pueden tener en la interrelación comercial, cultural, social con el exterior y más específicamente con los países vecinos. En la dimensión normativa, el Reglamento Sanitario Internacional, firmado en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud, plantea el camino a seguir ante una emergencia sanitaria con posibilidades de trasladarse a través de las fronteras interestatales. El documento establece que los Estados deben de prevenir «la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales».(6)

Las zonas de frontera son el ámbito de aplicación real de muchas de las disposiciones establecidas en el mencionado documento. Por lo que las medidas restrictivas impuestas por Uruguay a la libre circulación de personas y mercaderías por motivos sanitarios se definieron de forma tal que permitieran la instrumentación de algunas excepciones. En efecto, se permitió el ingreso de ciudadanos nacionales, residentes uruguayos y extranjeros: por motivo de reunificación familiar, a diplomáticos acreditados, pilotos de aeronaves, prácticos de buques, choferes de transporte internacional, y por razones: humanitarias o con fines laborales, económicos, empresariales o judiciales fundados en causas de necesidad impostergable.(7) (8)

Las acciones para prevenir y mitigar los efectos adversos más nocivos de la propagación del virus SARS-CoV-2 tampoco se pueden implementar de forma homogénea en un territorio que presenta ciertas heterogeneidades. No todos los

territorios de frontera son iguales □la influencia de los factores geográficos, por ejemplo, condicionan las estrategias a seguir□ y las respuestas y estrategias ante la emergencia sanitaria de los países vecinos también influyen las posibilidades de delimitar líneas de acción para prevenir y controlar la propagación del virus.

En los próximos apartados, se hará referencia a las estrategias implementadas por dos direcciones departamentales de salud de territorios fronterizos con muchas características similares y algunas diferencias, de la región oeste del Uruguay.

En la frontera oeste con Argentina hubo dos temas emergentes que se resolvieron gracias al compromiso y el desarrollo de acciones novedosas. En primer término, la necesidad de no cortar la circulación de mercaderías y al mismo tiempo de controlar el aumento de casos de Covid-19 llevó a la búsqueda e implementación de medidas que contemplaran ambos objetivos. En segundo término, la atención a la problemática de muchas personas que migran de sus países por motivos económicos y políticos y buscan ingresar al país buscando nuevas oportunidades de vida debió conjugarse con las medidas sanitarias para el control de Covid-19. Las estrategias y acciones desplegadas por las direcciones departamentales de salud de los departamentos de Paysandú y Río Negro ejemplifican la forma de afrontar los problemas relacionados al control de Covid-19 en los territorios de frontera húmeda.

## DDS Paysandú

179

El departamento de Paysandú está ubicado en el noroeste de Uruguay. Limita al norte con Salto, al este con Tacuarembó, al sur con Río Negro y al oeste, el río Uruguay es el límite natural con la ciudad argentina de Colón. Es uno de los tres departamentos que conectan vía terrestre □a través del puente internacional Gral. Artigas□ a la República Argentina y a la República Oriental del Uruguay. El departamento cuenta con una población de 120.112 personas en 2021.(9)

El impacto en la salud pública provocado por la transmisión del virus SARS-CoV-2 y las medidas adoptadas en función de la emergencia sanitaria nacional derivaron en la necesidad de que desde la DDS de Paysandú se buscaran diferentes estrategias para prevenir la transmisión y mitigar el impacto sociosanitario en el departamento. Los aspectos vinculados a la Covid-19 transversalizaron las diferentes áreas de trabajo, reorientando los recursos para cumplir con las demandas y desafíos generados por la pandemia. En este proceso, las estrategias debieron ser constantemente sometidas a evaluación y ajustes, más permitieron establecer algunos ejes prioritarios.

La totalidad de recursos humanos, desde su formación y área de trabajo, aportaron a las tareas en torno a la temática, recibiendo capacitaciones específicas para dar respuesta a las situaciones presentadas y participar activamente en el rastreo y seguimiento de casos, en el ingreso y procesamiento de datos, participando en las diferentes intervenciones propuestas y asesorando a equipos, instituciones y población en general en aspectos normativos.

La condición de fronterizo le impuso al departamento exigencias particulares referentes al control de la Covid-19. Particularmente, al ser un punto de entrada elegido por varias personas migrantes de determinados lugares de América Latina, la estrategia de control tuvo que considerar esta situación. Dar respuesta a la problemática emergente requirió de flexibilidad, compromiso y capacidad de coordinar acciones con múltiples instituciones por parte de los funcionarios de

la DDS. El director departamental de Salud, doctor Carlos Leoni, que cuenta con amplia experiencia en el sector salud -ha sido expresidente y ex director técnico de la mutualista COMEPA, y exjefe de servicio de Ginecología en COMEPA y en el Hospital Escuela del Litoral de Paysandú perteneciente a ASSE-, destaca los principales aprendizajes que dejó la pandemia. Entre ellos menciona la puesta en práctica de mecanismos interinstitucionales para la solución de los problemas emergentes derivados de la situación sanitaria.

«Aprendimos a trabajar con otras instituciones, es decir, que la pandemia nos enseñó a ser solidarios y a trabajar en equipo. Si no eres solidario y no trabajas en equipo no se puede bancar esta situación. Se tomaron enormes medidas de coordinación con otras instituciones (...). Cuando pones en cuarentena a gente de bajos recursos que están en sus casas, (...) hay que darle alguna protección. Para que puedan alimentarse porque [están] sin trabajar y sin recursos. Y bueno, entonces recurriamos al MIDES, recurriamos a la Intendencia, recurriamos (...) al hospital».

Esta forma de gestionar la política de salud en momentos de emergencia sanitaria se destacó particularmente ante la aparición de brotes en distintos lugares del departamento y en departamentos aledaños. Además de las actividades inherentes a la vigilancia, descriptas en los planes nacionales y departamentales, se realizaron acciones específicas ajustadas a la realidad departamental. En este sentido se mencionan:

Conformación de equipo departamental de seguimiento y coordinación Covid-19, con participación de la DDS y los referentes operativos de los prestadores, para articular acciones específicas para el abordaje de casos y brotes.

Gestión con empresas locales para recibir el listado completo de pasajeros, con datos patronímicos. Estos datos eran procesados y a los pasajeros provenientes de departamentos con alto número de casos (inicialmente Rivera y Montevideo) se les realizó llamada de control de síntomas e indicación de medidas de prevención y consulta oportuna.

Seguimiento e indicaciones a todas las personas que ingresan al país por el puente Paysandú - Colón hasta cumplidos los 14 días asintomáticos o realizado el PCR correspondiente.

Armado y gestión del centro de breve estadía para pacientes Covid-19, destinado inicialmente a refugiados, transportistas, personas en situación de calle, y todos aquellos pacientes asintomáticos o con sintomatología leve, o personas cursando cuarentena obligatoria.

Recepción, análisis, recomendaciones y adaptación local de diferentes protocolos presentados por instituciones y organizaciones; devolución e intercambio para continuación luego del proceso formal de aprobación.

Instalación de puestos sanitarios en rutas y accesos a localidades, en función de la situación epidemiológica. Se instaló un puesto de control en los accesos a Paysandú, en el empalme de las rutas 3 y 24, ante la aparición de un brote en la localidad de Nuevo Berlín y en los accesos a Quebracho, ante la detección de un brote en esa ciudad. Además del relevamiento de datos y control de temperatura se realizaron recomendaciones sobre medidas de prevención y se despejaron dudas y consultas vinculadas a la enfermedad. Posteriormente, todas las personas

que ingresaban al departamento según este registro recibieron una llamada de seguimiento para identificar posibles sintomáticos y vincularlos con su prestador de salud. Esta tarea, era realizada por la cooperativa social de la DDS, y un equipo de voluntarios de Cruz Roja.



Jesús Acuaje, ciudadano venezolano refugiado en el Hotel Plaza. Paysandú, marzo de 2021.

«Cuando tuvimos el brote, tanto el de Nuevo Berlín [departamento de Río Negro], como el de Quebracho (...) tuvimos que hacer un corredor sanitario. Es decir, pusimos controles y movilizamos todo nuestro personal. Y ahí se movilizaron las fuerzas vivas. Es decir, la Prefectura y la policía, el batallón, todos colaboraron. ¿Para qué? Para hacer la parte sanitaria, donde nosotros parábamos a todos los que pasaban y levantábamos documentación. (...) Preguntábamos de dónde venía la persona y adónde iba. Quedaba registrado y la llamábamos por teléfono a ver si aparecía en la línea más amplia. Hacíamos un seguimiento a esa persona durante los días que consideramos que el brote estaba vivo. Entonces en la ruta 3 y la ruta 2 donde viene la gente de Nuevo Berlín, ahí y donde venía la gente de Young (...), en ese lugar que es en paso San Manuel (...) estuvo la Policía, Militares, Prefectura de nuestro departamento (...). Y como nosotros [la dirección departamental de Paysandú] también tenemos una cooperativa que trabaja para el dengue (...) tomamos parte de ese personal para ponerlo en ese lugar, porque ellos son una cooperativa, (...) pueden ser utilizados en casos de emergencias como esta (...). Nuevo Berlín está en otro departamento, pero hay mucha gente de Paysandú que va a trabajar a Nuevo Berlín y hay gente de Nuevo Berlín que viene a trabajar a Paysandú».

## Actividades en Paysandú

Como en todas las direcciones departamentales de Salud, la agenda de trabajo de la DDS Paysandú en materia de Covid-19 no impidió el desarrollo de otros ejes de trabajo, en general, transversalizados por el contexto de la pandemia.

En promoción de la salud, las diferentes mesas de coordinación lideradas o con participación de la DDS abordaron la situación departamental desde su área específica. Es así que las mesas de primera infancia y discapacidad cumplieron un rol fundamental en generar y difundir contenidos y materiales vinculados a la prevención y a los protocolos. También, se elaboró material audiovisual para promoción de uso de tapabocas, contenidos específicos para jóvenes y material gráfico con medidas de prevención Covid-19 para centros educativos.

En coordinación con instituciones vinculadas a discapacidad se instrumentaron medidas de prevención y control en centros y actividades, y reuniones de trabajo para ajustar pautas de funcionamiento durante la pandemia. Se realizó la jornada científica «Lactancia y Covid», con participación de representantes internacionales. trabajó con representantes de las iglesias y templos religiosos del departamento para capacitación sobre el tema y la importancia de las medidas sanitarias. El vínculo con la comunidad se mantuvo por medio de las actividades del sitio CERCA.

Otro eje de trabajo fue Salud Ocupacional y prevención de Covid-19 en el ámbito laboral, con el mapeo de procesos productivos del departamento y agrupación según sector, solicitud de elaboración y envío de protocolos y planes de contingencia a cada empresa, estableciendo vías para la notificación oportuna de casos y el seguimiento de situaciones puntuales y abordaje conjunto de brotes en ámbitos laborales salud ocupacional- epidemiología.

La articulación para la respuesta asistencial fue otro gran eje de trabajo y en él se destacan la coordinación de las giras rurales y la capacitación sobre medidas preventivas de la enfermedad en diferentes localidades que llevó adelante el equipo de la DDS. También, el mantenimiento de un espacio de articulación con los prestadores para análisis de la situación departamental y planificación de acciones coordinadas en las diferentes etapas de la pandemia. Como en todos los departamentos se llevó a cabo el plan de contingencia para ELEPEM con relevamiento de centros, fiscalización, capacitación, seguimiento y distribución de prestadores para la atención de residentes.

La articulación interinstitucional incluyó la respuesta a situaciones de violencia de género asociadas a cuarentenas, coordinación con servicios de abordaje específico y gestión de alojamiento y seguimiento. Asimismo se articuló con el MIDES, Promoción Social de Intendencia y el INAU el apoyo alimenticio a familias en situación de vulnerabilidad social que deban cumplir cuarentena.

También en el brote de Quebracho, localidad perteneciente al departamento de Paysandú, el trabajo conjunto de diversas instituciones facilitó el control del evento.

«Teníamos todo en la salida de Quebracho, nuevamente cercada con esta gente. No era que nosotros habíamos cerrado el pueblo. Lo que hacíamos era tomar un control de las personas que venían para Paysandú y que iban ahí para poder hacer seguimiento. Y fue tan bueno esa estrategia y tan bueno lo que cerramos. (...) En Quebracho hubo 19 casos y no hubo un solo caso en Paysandú».

La estrategia de abordaje interinstitucional también se puso en práctica en el tratamiento dado a los esquiladores uruguayos que viajaron en 2020 a España. Al regreso a Paysandú, la DDS coordinó el plan para evitar la propagación de la Covid-19. Esta situación implicó un desafío en cuanto a garantizar las condiciones para el cumplimiento de la cuarentena, gestionando un lugar de estadía con las condiciones necesarias y los insumos necesarios (alimentación, mobiliario, seguimiento médico, insumos diarios necesarios demandados).

«Mandamos a buscar los esquiladores a Montevideo, pusimos nuestros vehículos en forma gratuita y pusimos personal para ir a buscar esa gente y para que no contagiara, para que no viniera en ómnibus. Después conseguimos en la exposición rural de Paysandú un local para poderlos poner a todos juntos para que no fueran a hacer la cuarentena a su lugar y nosotros los pudiéramos vigilar. ¿Cómo hacíamos la vigilancia de esa población, si teníamos dos en Cañada del Pueblo o uno en Gallinal por todos los pueblos? No podíamos. Entonces conseguimos con la Asociación Rural. (...) la planta física para poner esta gente y les dimos de comer durante siete días [a 40 personas], tuvimos que vigilar su salud, y los llevamos a todos sus domicilios en forma gratuita».

Finalmente, pero no menos importante, ha sido el trabajo realizado por la dirección departamental de Salud Paysandú referente al control del paso por el puente Internacional José Gervasio Artigas. El puente Paysandú-Colón ha sido elegido por muchos solicitantes de refugio, la mayoría de origen venezolano para ingresar al Uruguay. De esta forma, las autoridades de la salud en el departamento tuvieron el reto de recibirlos y a la vez, velar por su salud y la de toda la población del departamento, por el riesgo que fueran potenciales focos de propagación de Covid-19. Si bien las competencias de la dirección departamental se limitan a garantizar el estado de salud de las personas que ingresan y permanecen en el territorio nacional, se tuvo que asumir otras tareas extraordinarias. Leoni lo explica del siguiente modo:

«(...) si tú querías proteger (...) a tu población, esa gente debería ser trasladada como potenciales infectados. Por lo tanto, trasladar a potenciales infectados [requirió] movilizarlos en unidades coronarias móviles (...). Tenían que (...) esperar el resultado [del hisopado] y estar siete días en Paysandú porque había que [volver a] hisoparlos, después a los siete días antes [de] salir hacia el destino [elegido por] ellos. Por lo tanto, teníamos que dedicarnos a buscar un lugar donde ponerlos. Como nosotros no teníamos una planta física, para poder colocar esa gente tuvimos que conseguir a través de Cancillería [financiación por parte de una ONG]. Pero nosotros éramos los que teníamos que buscar un lugar y (...) la alimentación. (...) Una vez que tenían el segundo hisopado negativo, que se podían trasladar. (...) nosotros le tramitábamos el pasaje y los llevábamos a la terminal».

La gestión de la llegada de refugiados implicó la coordinación con instituciones locales y organizaciones internacionales. En articulación permanente con el Servicio Ecuménico para la Dignidad Humana (SEDHU) se instrumentó un procedimiento para la respuesta inmediata y a corto plazo a estas familias mediante el cual la DDS gestiona los PCR correspondientes al ingreso al país, las unidades de emergencia móvil (UEM) trasladan a las familias bajo protocolo a un hotel contratado por ONG donde realizan la cuarentena. Este alojamiento fue preparado bajo asesoramiento de la DDS, definiendo los protocolos sanitarios y capacitación al personal a cargo. La alimentación es proporcionada por la Intendencia de Paysandú. Una vez cumplidos los 7 días, ASSE realiza un segundo testeo en función del cual las familias se trasladan a su lugar de destino, con pasajes aportados por MIDES. En ese lugar los recibe el equipo social de la ONG, apoyando y acompañando los primeros meses la instalación y gestión de documentación de las personas.

«Por lo menos 70 pasaron (...) de los cuales fueron todos venezolanos, menos tres o cuatro que fueron colombianos. (...) Los trasladamos con las unidades coronarias móviles que cumplieron en forma honoraria. Para poder darle de comer [a los refugiados tuvimos] la colaboración de la Intendencia, del comedor del hospital y del MIDES».

En cuanto a la respuesta a camioneros extranjeros diagnosticados con Covid-19 en territorio uruguayo, en algunos casos fue necesaria la gestión conjunta con consulado argentino en Uruguay y organismos en paso de frontera para el egreso del país y traslado a su lugar de origen. Los camioneros procedentes de países no frontera debieron cursar la enfermedad en el departamento por lo que se debió planificar un lugar de alojamiento transitorio y aislamiento, garantizando alimentación, asistencia sanitaria, seguridad, y permanencia y custodia del camión durante el período de aislamiento del caso.



Hotel Plaza, centro de refugiados. Paysandú, marzo de 2021.

## Esquiladores *for export*

Anualmente, desde hace 16 años, esquiladores uruguayos viajan al país europeo para realizar labores contrazafrales en períodos donde no hay demanda de esquila en Uruguay. Sin embargo, en 2020 las restricciones que impuso la pandemia por Covid-19 tuvieron que sortearse mediante gestiones lideradas por las cancillerías de ambos países.(11)



Equipo de gestión de la DDS Paysandú.

## DDS Río Negro

El departamento de Río Negro está ubicado al centro oeste del país, limita con los departamentos de Paysandú al norte, con Tacuarembó al este, el río Negro, al sur, lo separa de Durazno y Soriano, y al oeste el río Uruguay lo une y separa de la República Argentina. El departamento en el año 2021 tiene 54.765 habitantes.<sup>(10)</sup> El Puente Libertador General San Martín, que cruza el río Uruguay, une la zona de Puerto Unzué, cercana a la localidad de Gualaguaychú en la provincia argentina de Entre Ríos, con Fray Bentos, capital del departamento. El mismo es uno de los principales puntos de acceso de personas y mercaderías al país. Por esta razón también se ha transformado en el espacio donde se han planteado los mayores desafíos para contener la entrada de la Covid-19 al departamento de Río Negro. En este sentido, la dirección departamental de Salud de Río Negro tuvo que coordinar el control del ingreso al Uruguay por esta vía, especialmente de personas pertenecientes al transporte de mercaderías (camioneros) y a un número importante de inmigrantes que solicitaron el ingreso al país en calidad de refugiados.

Las medidas adoptadas requirieron para su diseño no sólo de la coordinación con diversas instituciones nacionales sino también con autoridades de la República Argentina. A nivel departamental en marzo de 2020 la DDS Río Negro comienza a trabajar junto con autoridades locales para poder dar cumplimiento a las medidas sanitarias declaradas por el Gobierno Nacional. Para tal fin se realizaron reuniones periódicas del Comité de Emergencia Departamental, afianzando la comunicación, determinando criterios comunes, lineamientos a seguir, brindando recursos y apoyo de acuerdo las necesidades emergentes.

El 16 de marzo de 2020, a escasos días de haberse declarado la emergencia sanitaria en Uruguay, se realiza la primera Reunión Extraordinaria de Coordinación Binacional en el puente General San Martín con autoridades y funcionarios de diferentes organismos e instituciones de ambos países, para definir y coordinar los protocolos a seguir ante el advenimiento del virus SARS-CoV-2. En este encuentro se acuerdan criterios clínicos y epidemiológicos a tener en cuenta en este momento de declaración de pandemia para no afectar los servicios de salud locales de ambas ciudades fronterizas. A su vez, se proyecta un mapa de ruta para una correcta actuación frente a esta realidad. Se colectiviza las vías telefónicas de ambos países para consultas y denuncias por Covid-19. Las acciones desplegadas en el puente fueron acordadas entre las autoridades sanitarias de ambos países. Entre ellas se destaca la instalación de un Puesto Sanitario, con equipamiento para realizar test PCR para Covid-19 en el puente Gral. San Martín, lo cual también demandó coordinar acciones con los prestadores público y privado. El 20 de junio de 2020, se establece un laboratorio de GENIA para realizar test PCR en forma particular las 24 horas del día.

El director departamental de Salud de Río Negro, doctor Andrés Montaña, explica los pormenores de la estrategia seguida, en entrevista realizada para esta publicación:

«Al ser un departamento fronterizo, rápidamente tomamos contacto con la realidad de él. (...) El puente internacional es el de mayor ingreso de cargas y servicios para la República Oriental del Uruguay. Pasan en el entorno de unos 500 camiones de promedio diariamente, con todo lo que significa eso en volumen de carga, en personas. (...) El Área Integrada del Puente, el ACI, está de este lado [Uruguay], por lo tanto, toda la documentación y todo lo vinculado a las cargas, controles, migratorios de todo tipo, de

aduana todo se hace del lado de Uruguay. En principio, el puente estuvo cerrado, pero después rápidamente empezaron a permitirse por parte del Estado uruguayo en acuerdo con el Estado argentino y las empresas de camiones, el tránsito de camiones. En principio, empezó un poco de forma desordenada hasta que, en determinado momento, a partir del 7 de julio se montó un laboratorio, de Genia (...) para hacer los test a los camioneros. El 20 de julio empezó a funcionar y al día de hoy [7 de mayo 2021] tenemos más de 30 mil resultados».

En el mismo mes de junio de 2020, el decreto n.º 159/20 modificó el artículo 2 del decreto n.º 104/20, permitiendo el ingreso de extranjeros residentes, tripulaciones, choferes del transporte internacional, diplomáticos y otros. Esta modificación normativa permitió aumentar de forma controlada la circulación de personas y mercaderías por el puente. Con referencia al transporte de mercaderías, en 2020 circuló el 50 % de los aproximadamente 55 mil camiones que cruzan por año esta frontera, procedentes en su mayoría de Argentina, Brasil y Paraguay, y con destino mayoritario a la capital del país.

Los controles antes mencionados permitieron identificar en agosto de 2020 el primer test positivo en un chofer de nacionalidad paraguaya, momento a partir del cual se puso en marcha un plan de contingencia, que incluyó el traslado y cuarentena de la persona a un contenedor adaptado para tal fin en el balneario Las Cañas. Montañó explica los desafíos enfrentados del siguiente modo:

«Eso significó una situación con los camioneros que es la siguiente: cuando un camionero daba positivo teníamos que lograr identificarlo, donde estaba dentro del territorio nacional, ya que uno de los compromisos que hizo el Estado [uruguayo] con Argentina y con los camioneros fue que podían seguir circulando (...) sin esperar el resultado. La dificultad que generaba eso era que podía pasar un camionero que fuera positivo y que estuviera circulando. Nuestra tarea fue localizar dentro del territorio nacional donde estaba el camionero, (...) -una tarea no muy fácil- y rastrearlo de tal forma de que debía volver hacia el área integrada del puente Internacional Fray Bentos-Puerto Unzué para volver a guardar cuarentena en la República Argentina, de donde la mayoría eran oriundos. Este hecho en sus comienzos fue bastante dificultoso. Llegamos a tener un camionero casi 48 horas en el puente porque la República Argentina no aceptaba devolverlo hacia su lugar [de origen] para guardar su cuarentena. Luego de negociaciones que hicimos con el consulado local logramos que a cada camionero [se le permitiera el ingreso a Argentina cumpliendo determinados requisitos]. Nosotros tenemos que hacerle una visita médica, identificar que no tiene síntomas, y emitir 2 documentos de nuestra Dirección Departamental dirigida a la autoridad del puente y a la cónsul local. El primero certifica que la persona, -el camionero- es positivo con su nombre y con su DNI y en el segundo documento, (...) certificamos que la persona es asintomática, es decir, cursa la enfermedad sin síntomas y puede regresar a la República Argentina sin riesgos y que a su vez tiene el seguro internacional que exige Argentina que se llama ART. En esas circunstancias, invariablemente vamos hasta el Puente a un área donde tenemos destinada a esos camioneros que son positivos y conjuntamente con la cónsul local vemos los camioneros. (...) Dejamos el camión en un lugar aislado, el chofer es trasladado, digamos hacia la República Argentina, a su lugar de cuarentena que primero fue un hospital en la ciudad de Gualaguaychú y después el domicilio particular de cada uno

en ambulancia. Eso se aceptó de tal forma que en el momento actual no tenemos ningún problema. Nosotros vamos hasta el puente, generamos esos documentos y la persona es llevada por una ambulancia a su lugar definitivo de cuarentena».

Respecto de los camioneros de otras nacionalidades al no tener permitido ingresar a Argentina con un test positivo de Covid-19 tuvo que idearse una estrategia de cuarentena en territorio uruguayo. Montañó lo explica del siguiente modo.

«El otro problema que tuvimos es que por el puente no solamente pasan camioneros argentinos, sino chilenos, paraguayos y brasileños. Esto no está permitido por la República Argentina, por lo tanto, esas personas, [que] llegan al puente y tienen el test positivo y tienen que quedar en custodia del Estado uruguayo. (...) Tuvimos que idear un centro de contingencia, [para esas personas]. Primero estuvo en el balneario Las Cañas, en la policlínica y después, hemos tenido una cantidad de camioneros de origen paraguayo o chileno que se fueron cuarentenando a costo de la Intendencia Municipal de Río Negro en un hotel rural a la entrada de la ciudad, en unas condiciones muy buenas, por el periodo que correspondía para cumplir la cuarentena reglamentaria.(...)Recuerde que la atención no es solamente darle casa y comida, sino acompañarlo en esa difícil tarea, llevarle insumos personales, desde pasta de dientes, toda la logística».

En noviembre de 2020 surgió el desafío de atender una nueva situación dada por el aumento en la cantidad de personas que cruzaban el Puente Internacional San Martín y solicitaban gozar de la condición de refugiados en Uruguay. Esta situación en un principio permitió detectar algunas fallas en el control fronterizo.



Puente Fray Bentos-Puerto Unzué. Control sanitario. Río Negro, junio de 2021.

## ¿Quién es un refugiado?

«Un refugiado es toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, género, pertenencia a determinado grupo étnico o social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de su país. También se considerará refugiado a toda persona que ha huido de su país porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión u ocupación extranjera, el terrorismo, los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público. Por otro lado, es un solicitante de asilo quien ha solicitado el reconocimiento de la condición de refugiado y cuya solicitud todavía no ha sido evaluada en forma definitiva.»(12)

¿Qué normativa regula la condición jurídica del refugio en Uruguay?

Uruguay es Estado Parte de la Convención de 1951 y su Protocolo de 1967, desde 1970. Uruguay adhirió a la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954 en 2004, y a la Convención para Reducir los Casos de Apatridia de 1961 en 2001, habiendo integrado ambas a la legislación nacional. El reconocimiento y la protección de las personas refugiadas se encuentran contemplados en la Ley n.º18.076.(13)(14)

Datos de refugiados y solicitantes de asilo en Uruguay, junio 2020:

- 516 Refugiados
- 13.750 solicitantes de asilo
- 14.362 personas de origen venezolano desplazadas en el extranjero

Fuente: ACNUR. <https://www.acnur.org/uruguay.html#:~:text=El%20ACNUR%20en%20el%20sur%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina&text=A%20junio%20de%202020%2C%20Uruguay,venezolanas%20desplazadas%20en%20el%20extranjero.>

En una primera instancia, la dirección departamental utilizó el Centro de Contingencia del balneario Las Cañas para que realizaran la cuarentena mientras esperaban el resultado de un segundo hisopado y así poder continuar luego los trámites en la Cancillería.

El director departamental expresa respecto del origen cantidad y situación de quienes llegaban:

«Son más de 100 refugiados en un periodo. Los primeros 6 meses del año pasado no tuvimos ninguno, se potenció en el segundo semestre del año pasado y en este año [2021] van en unos 10, 20 mensuales. La enorme mayoría venezolanos, (...) con una gran formación profesional. Que buscan un futuro mejor, más venturoso en nuestro país. Hay casos individuales, pero lo más frecuente son familias enteras. La otra característica es que, en algunos de esos casos, tienen referentes en nuestro país, (...) direcciones donde contactarse con familiares. Eso facilita también porque, bueno, el destino final es hacia un lugar donde ellos puedan ser contenidos por grupos o asociaciones que trabajan con refugiados o propiamente de familiares».



Puente Fray Bentos-Puerto Unzué. Control sanitario. Río Negro, junio de 2021.

Debido al incremento del número de personas en esta condición fue necesario diseñar otras alternativas. La dirección departamental luego de coordinar acciones con diferentes actores locales acordó con la Intendencia de Río Negro la disposición de un espacio alquilado por esta última en zona próxima a la ciudad, para cuarentenar aquellos refugiados que no cuentan con un lugar en condiciones de realizarla en el destino.

«Resultó bastante satisfactoria la coordinación. En principio, cuando comenzó, pensamos que no sabíamos qué hacer, cómo enfocar esta situación, pero rápidamente a través del Comité de Emergencia, del MIDES y de la ONG hemos atendido de forma muy razonable, satisfactoria, humanitaria, todos los requerimientos de ese grupo tan necesitado. No vimos en este caso situaciones que hicieran perder tiempo, o que quedaran fuera de las protecciones, o falta de alimentación, de lugar, de habitación, o de pasaje. No, rápidamente se solucionó (...) no tuvimos ningún tipo de desgracia, en el sentido de no poder atender de una manera rápida, humanitaria, a la persona».

El trabajo de coordinación permitió aceitar un mecanismo de respuesta que se activa cuando la persona pide refugio en el país.

«Al pedir el papel “yo quiero ser refugiado” el Estado uruguayo ya lo considera una persona protegida (...). No es como en otros países, que dicen “señor usted espere que voy a analizar si acaso y le digo que sí o no”. Aquí cualquier funcionario público que le pida el estatus de refugiado ahí, ya empieza a correr la circunstancia de refugiado y eso significa realizar los test en el puente, esperar los resultados y adjudicar, un lugar para la cuarentena, con lo que lleva (alimentación, etcétera), y después del alta, el segundo test a los 7 días y si es negativo, vincularlo con MIDES para un refugio en Montevideo, y a su vez del refugio, los pasajes y toda la logística».

Las medidas implementadas por medio del esfuerzo conjunto de muchas instituciones uruguayas y argentinas permitieron controlar y mitigar los efectos de la Covid-19. El director departamental lo explica de la siguiente manera:

«(...) hasta el 4 de marzo de este año [2021] [Río Negro] tuvo una situación sanitaria envidiable, mucho tiempo pasamos sin casos, y tener este puente internacional, con esa permeabilidad y la estrategia que se hizo fue, ayudada por el laboratorio, por el personal de migraciones y una adecuada coordinación luego de múltiples reuniones con todo el personal integrado que trabaja en el puente. (...) Lo cual generó una situación de hablar mucho, de tener todas esas condiciones, de poder conversar y de poder planificar qué estrategias, y realmente dieron resultados porque los camioneros, a pesar de los positivos, no generaron en el puente internacional, ni en la ciudad de Fray Bentos, ningún brote (...) no se constituyó en ningún momento en un riesgo para la salud».



Equipo de gestión de la DDS Río Negro.

### Referencias bibliográficas

1. Reyes Abadie, W., Bruschera, O.H. y Melogno T. La Banda Oriental: pradera, frontera, puerto. Colección Reconquista, 15. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental 1965.
2. Caetano, G. Primer Seminario de Reflexiones sobre el Proyecto de Construcción de un Puente entre Colonia y Buenos Aires: "Un puente para dos orillas: los previsible impactos territoriales". 1993; Available from: <https://www.rau.edu.uy/mercosur/caetano.htm>
3. Caetano, G. Breve historia del MERCOSUR en sus 20 años. Coyuntura e instituciones (1991- 2011). MERCOSUR 20 años Montevideo CEFIR. 2011.
4. Van Klaveren, A. Entendiendo las políticas exteriores latinoamericanas: modelo para armar. En Muñoz, H. y Tulchin, S., Latin American in World Politics, (169-201). 1992; Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123742/Entendiendo-las-politicas-exteriores-latinoamericanas-modelo-para-armar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Long, T. Coloso fragmentado: la agenda "interméstica" y la política exterior latinoamericana. 2017; Available from: <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2381/2402> DOI: DOI: 10.24201/fi.v57i1.2381
6. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). 2016;(Tercera edición. Ginebra). Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=164C099CD5E21ED0C1B76D9DA87A772E?sequence=1>
7. Uruguay. Autorización del ingreso al país únicamente de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior [Internet]. Decreto n.º 104 Mar 30, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/104-2020>

8. Uruguay. Modificación del art. 2° del decreto 104/020, relativo al ingreso al país únicamente de ciudadanos uruguayos y extranjeros residentes provenientes del exterior. [Internet]. Decreto n.° 159 Jun 10, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/159-2020>
9. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y Proyecciones de Población. Paysandú. 2021; Available from: [https://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=8b1b809e-e403-48d6-8128-99e8c9444182&groupId=10181%09](https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=8b1b809e-e403-48d6-8128-99e8c9444182&groupId=10181%09)
10. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y Proyecciones de Población. Río Negro. 2021; Available from: [https://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=8b1b809e-e403-48d6-8128-99e8c9444182&groupId=10181](https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=8b1b809e-e403-48d6-8128-99e8c9444182&groupId=10181)
11. Esquiladores uruguayos en España volverán con US\$ 3 millones. El Observador [Internet]. 2020 May 20; Available from: <https://www.elobservador.com.uy/nota/esquiladores-uruguayos-en-espana-volveran-con-us-3-millones-2020514164313>
12. ACNUR, SEDHU, Secretaría Permanente de la Comisión de Refugiados. (S/F). Guía para solicitantes de la condición de refugiado en Uruguay. Available from: <https://www.acnur.org/5b05b7534.pdf>
13. UNHCR, ACNUR. Uruguay. 2020 Jun; Available from: [https://www.acnur.org/op/op\\_fs/5f938d694/unhcr-fact-sheet-uruguay-june-2020.html](https://www.acnur.org/op/op_fs/5f938d694/unhcr-fact-sheet-uruguay-june-2020.html)
14. Uruguay. Derecho al refugio y a los refugiados. Ley de refugiados. [Internet]. Ley n.° 18.076 Jan 5, 2007. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18076-2006/14>

# Aprender en tiempos de Covid-19

## La experiencia en Salto

De los 19 departamentos del Uruguay, Salto es el segundo de mayor extensión y, con 124.861 habitantes,(1) es uno de los cuatro de mayor población. Limita con los departamentos Artigas, Rivera, Tacuarembó y Paysandú, y con la República Argentina por medio del río Uruguay. La mayor parte de la población, 104.011 personas, viven en la ciudad capital, Salto. El Puente Internacional «Salto Grande» es el paso de frontera que une la ciudad de Salto con la de Concordia, del lado argentino. Las aguas termales y la existencia de complejos hoteleros, parques acuáticos y amplia oferta en Termas del Daymán y del Arapey hacen de Salto un destino turístico internacional con gran movilidad durante todo el año.

El 13 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud Pública (MSP) confirmó los primeros cuatro casos positivos de Covid-19. Se trató de personas que habían ingresado al país entre el 3 y el 6 de marzo, provenientes de Europa. Dos de estas personas residían en Salto. La directora departamental de Salud de Salto, doctora Rosa Blanco, conversa de este y otros temas.

«Fue como una gran sorpresa que nos llamaran del laboratorio central del Ministerio de Salud Pública para confirmarnos dos casos positivos de dos personas que habían llegado del exterior, y el desafío más grande, por lo menos en lo personal, es que yo no sabía cómo funcionaba nada. No sabía cómo era la conformación del Comité de Emergencia, no sabía cómo era la forma de comunicar este tipo de cosas. No tenía idea en ese momento de la envergadura, de la dimensión que iba a tomar [el tema]. (...) Y apoyándome en Sofía [Piegas], que es la referente epidemiológica, intentamos hacer una suerte de rastreo en aquel momento que [hoy día] me parece tan cotidiano. [El rastreo] involucraba a más de 70, 80 personas de todas las edades, involucraba instituciones educativas, cooperativas, además de las familias y los lugares donde la gente había estado. No sabíamos cómo se transmitía el virus. La doctora Rando se vino a apoyar inmediatamente y tomamos algunas acciones que nos favorecieron. Desde ese momento empezamos a trabajar con los prestadores de salud, porque tuvimos que tomar de inmediato acciones conjuntas desde la departamental, el prestador público y el prestador privado que nos sirvieron de un gran antecedente porque nos permitieron trabajar en conjunto hasta el día de hoy que estamos en el peor momento de la pandemia. A lo largo de todo este año y algo ha sido una gran fortaleza la vinculación diaria, permanente y continua, el apoyo, la complementariedad, la cooperación, la comunicación entre nosotros, no sé cómo hubiéramos salido de esto sin eso. Y también la disponibilidad del equipo de la departamental de salud, que yo no conocía, con toda su experiencia, no en temas de pandemia, pero sí en cómo funcionaba la departamental, que yo también desconocía. (...) las medidas que tomamos las primeras 48 horas fueron apoyadas por el Ministerio de Salud Pública, pero sobre todo tratando de velar por los equipos de salud y por la población. Ese fin de semana se pasó por primera vez en la historia de Salto, a la modalidad de teleasistencia».

En Salto, por los primeros casos positivos Covid-19 de alguna manera ya se ensayaban los lineamientos generales de telemedicina. Justamente la ley n.º 19.869 (2) de abril de 2020 estableció las pautas para incorporar la telemedicina a las prestaciones de los servicios de salud. La ley define telemedicina «como la provisión de los servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de atención sanitaria utilizando tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención sanitaria, todo en interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades».



Termas del Daymán. Puesto de control sanitario. Salto, marzo de 2021.

«Acá somos más o menos 120.000 habitantes entre el núcleo urbano y el rural, y está bastante repartida la población por prestador de salud, así que el desafío era de los dos. El Centro Médico, el prestador privado, tenía una suerte de estructura a domicilio y también una logística e insumos suficiente como para, más allá de que fueran horas totalmente agotadoras para todos, ir cambiando de a poco la modalidad de asistencia a la teleasistencia, generar un *call center* con 6, 7 líneas de teléfono de un día para el otro, adiestrar los médicos que estaban al teléfono, tratar de contener a la gente con sus miedos y sus angustias, que esto lo hacemos hasta el día de hoy, y hasta el día de hoy diría que es lo más feo de esto, acompañar la angustia de las personas, los miedos de las personas, la incompreensión, la falta de cooperación, y también a su vez el agradecimiento, todo junto en una suerte de vorágine que tuvimos que resolver, no a contrarreloj, ni en tiempo récord, sino a una velocidad que si no es en esa situación de emergencia sanitaria no se hubiera podido hacer. (...) entre lunes, martes

y miércoles [se instalaron] dos *call center*, uno del prestador público y otro del privado, totalmente de cero. El prestador público tiene una fortaleza que es una red enorme de policlínicas periféricas, en el núcleo urbano y en la zona suburbana y rural. Redimensionar toda esa estructura, preparada y aceiteada durante años, a que la gente se quedara en sus casas y pudieran consultar, armar equipos móviles de prestador público, que nunca había hecho asistencia a domicilio, separar a la población que tenía que seguir funcionando, los recién nacidos, las embarazadas, los oncológicos, la policlínica de interrupción del embarazo, y poner todos los médicos que pudiéramos al teléfono, o formar equipos que pudieran ir a ver a la gente a sus domicilios, separar cuadros respiratorios de no respiratorios... fue como, hoy si miramos para atrás de lo que se hizo en 3, 4, 5 días, inimaginable. Lo vivimos, lo vimos, pero todavía no sabemos cómo lo hicimos... lo hicimos, y funcionó».

Mantener el trabajo habitual de la DDS Salto en lo que refiere al plan de control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores, como es el caso de Dengue, Zika y Chikungunya, sumado a la aparición de nuevos casos de perros infectados por el insecto *Lutzomya longipalpis*, vector trasmisor de la leishmaniasis, significó un nuevo desafío para el trabajo del equipo de la DDS.

«(...) acá el equipo tuvo que redimensionar [el trabajo] de tal forma [para] atender los temas de terreno, de cómo atender... no dejar olvidada la situación de leishmaniasis... reorganizar todo eso, siempre con el apoyo de la doctora Gabriela Willat [Unidad de Zoonosis y Vectores del MSP] desde el día 1, antes de que yo asumiera ella estaba acá con los casos de Dengue y a los 3, 4 días nos cayeron los casos de Covid. La verdad que sin el apoyo de todos, del ministro [Daniel Salinas], del subsecretario [José Luis Satdjian], de la doctora Rando, que es una más de este equipo. [Había que] ir tomándole el pulso a la epidemia y a como también salir al terreno a mirar las otras cosas, cuidando a la gente que trabaja en terreno. Hubo que aprender a salir a la calle con vestido, con tapabocas, con caretas, con un montón de cosas y que la gente lo entendiera. (...) nosotros tenemos perros positivos todos los días, y estaba bastante desmantelada la unidad de zoonosis que la están reestructurando... entonces fue un desafío extra, porque muchas de las cosas que se hacían en conjunto con otras instituciones no se podían hacer porque estaba todo el mundo en sus casas. Así que estos funcionarios [de la DDS] se han duplicado, se han triplicado. Teníamos dos grandes premisas: atender a todo el que viniera o que llamara, así que esto también se convirtió en un gran *call center* (...) y también atender los demás temas, que la gente estaba acostumbrada a llamar acá, e ir poniéndolos en un lugar sin desatenderlos, pero en el lugar que correspondía... y después de esa situación desestructurante, de esa situación paralizante [por la pandemia] rearmar algo nuevo para todos, la forma de atender, la forma de aprender, ir cambiando las estrategias para los distintos programas, ver qué podía seguir funcionando, qué no».

Así como la paralización de actividades en contexto de pandemia fue un desafío para esta departamental, también lo fueron las reaperturas de oficinas y servicios.

«Ahí la palabra protocolo empezó a tener una dimensión desconocida... nosotros teníamos que protocolizar cosas que por ahí no teníamos ni idea de cómo funcionaban. Porque vos no tenés ni idea de cómo funciona por ejemplo un banco, no sabés cuánta gente se mueve dentro de un banco, dentro de una oficina pública, la vuelta a la escuela... por más que había

## Protocolos de salud

Los protocolos de salud para Covid-19 son un factor fundamental de la gestión de la respuesta a la pandemia. Sus textos plantean con anterioridad a la actividad, qué se va a hacer, dónde, cuándo, por cuánto tiempo y en qué condiciones. Su importancia radica en dar una respuesta efectiva y eficaz y contribuir a la mitigación de la transmisibilidad del virus SARS-CoV-2. El decreto n.º 93 (3) de marzo de 2020 determinó, entre otros aspectos, el cierre preventivo y provisorio de los centros turísticos termales públicos y privados (artículo 4). Más tarde, el decreto n.º 197 (5) de julio de 2020 dejó sin efecto esta medida y habilitó la reapertura bajo estricto protocolo. Para la presentación, evaluación y habilitación de protocolos de salud la Presidencia de la República emitió un instructivo por Resolución n.º 233.(6) Este instructivo señala que los ministerios competentes según la materia que se trate enviarán los proyectos de protocolo a la Secretaría de Presidencia de la República, la que los remite al Ministerio de Salud Pública para su evaluación. En el Ministerio los textos son evaluados por la Dirección General de la Salud (DIGESA) y con su opinión se remiten nuevamente a la Secretaría para pasar a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y recabar información del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH). Finalmente se someten los obrados a consideración del Poder Ejecutivo.

Hacia fines de 2020 la DIGESA evaluó cientos de protocolos en las más diversas áreas temáticas tales como arte, bares y restaurantes, campings, carnaval, deportes, cultura (cines, teatros, museos, música), educación, espectáculos, frigoríficos, construcción, eventos sociales, turismo (hotelería, viajes), cultos religiosos, gestión de residuos, shoppings y trabajo sexual.(7)

protocolos oficiales, la realidad de cada departamento era diferente, entonces horas y horas y horas y horas de protocolos revisados una y otra vez, enviarlos a Montevideo, tratar de unificar, lo que le servía a uno no le servía a otro... difícil».

El 27 de julio de 2020 se instaló el puesto de control sanitario en el Puente Internacional «Salto Grande», donde miles de test fueron aplicados a los transportistas de carga internacional que ingresaron por esa frontera, la mayoría de nacionalidad paraguaya y boliviana. Muchos de ellos fueron casos positivos de Covid-19. Sobre la logística establecida para estos controles y sobre los protocolos de actuación frente a los resultados positivos la doctora Blanco comenta:

«En la historia del Uruguay va a quedar lo que fue el cierre de los puentes de la frontera húmeda, como es esta. [El cierre] nos permitió 8 o 9 meses de gracia. Fue muy doloroso para las personas que trabajaban de los dos lados y tuvo diferentes impactos. Tuvo incluso impactos muy negativos, donde familias quedaron separadas, donde personas que trabajaban en los dos lados tuvieron que optar. Y un sinfín de otras complicaciones: gente que tenía sus tratamientos de salud del lado argentino, personas que venían a especialistas a Salto... Y de repente ese puente quedó para los camioneros (...) pasaban entre 500, 600 camioneros por semana, que no se podían parar porque abastecen el país. Y empezamos todos a alertar de que por ahí se nos estaban colando un montón de situaciones que no podíamos testear, no podíamos saber qué pasaba con ellos... y que son una población específica, muchos trabajan para empresas, algunos trabajan de forma independiente, sin seguros de salud muchos de ellos. [Había que saber contestar a] en qué riesgo ponían la situación sanitaria del país, envidiable en ese momento. Y ahí nos metimos en una cruzada, que fue poner puestos de testeo [con] el propósito era diagnosticar, testear, rastrear (...). Montar un puesto fijo fue todo un desafío para Salto porque en el paso de frontera intervienen un montón de instituciones, migración de ambos lados, aduana de ambos lados, sanidad de frontera y demás, está en suelo argentino. Así que nuestra primera sorpresa fue que cuando quisimos poner un puesto de test del lado argentino, aunque es un área binacional, no nos lo permitieron. (...) nos dimos cuenta que no teníamos otra, había que ponerlo del lado uruguayo. Así que ahí conseguimos con el Ministerio de Turismo una explanada con una oficina y se montó un puesto de testeo, [además] con la ayuda de un laboratorio local».

El movimiento de los transportistas de carga que implica la llegada de insumos al país, como alimentos por ejemplo, no se podía detener. A la vez, los resultados de los test no eran inmediatos por lo que una vez que se obtenían, ocurría que la persona ya no estaba en el departamento. Esto implicó para la DDS Salto gestiones de localización, contactos telefónicos para transmitir las recomendaciones, coordinación con la DDS correspondiente para la búsqueda de lugares donde hacer la cuarentena y el seguimiento de los casos, proveer alimentos, abrigo y, nada menor, una importante labor de tipo humanitario.

«(...) desde el punto de vista humano que pudiera no ser rechazado por el resto de las personas (...) el camionero tiene en el camión su casa. [tuvimos que] aprender un montón de cosas, aprender que ellos duermen en plazas de estacionamiento, pero no usan los servicios de las plazas de estacionamiento, salvo baños... no entran a supermercados. (...) un transportista que iba a salir por el puente se sintió mal acá en una de

las estaciones de servicio, de la parte del borde de la ciudad. [Tuvimos que] armar toda la estrategia para ir a buscarlo, internarlo, fue el primer paciente grave que tuvimos 33 días... falleció».

Sin la unión de todos los directores departamentales [de Salud], porque no hubo departamento que no tuviera que ver con esto... pasaban por acá, iban para Artigas, para Tacuarembó, Río Negro... Y con la dificultad de poder contar a veces con el apoyo de alguna estructura del lado argentino que no permitía que nosotros pudiéramos devolver la gente a su casa, desandar el camino e ir a pasar su cuarentena allá, era una limitante. (...) hoy día es un procedimiento aceitado.

(...) y cuidar también a todos los funcionarios de migraciones que están expuestos a personas que hacen todos los trámites en sus mostradores (...) El comisario de migraciones forma parte del equipo nuestro de la departamental de Salud, él es uno más acá, él y su gente.

(...) acá es muy habitual que la gente se tire en lancha, en gomones, e incluso menores de edad. Y ahí [hicimos] un gran trabajo con Prefectura. Es decir que el puente estaba cerrado pero permeable para algún tipo de situación que era totalmente nueva, que era un desafío sanitario y también un desafío migratorio».

Los centros públicos y privados de aguas termales cerraron en marzo por disposición del decreto n.º 93.(3) Estos centros se reabrieron en julio de 2020. El cierre significó un evento inédito en el Departamento y la reapertura disparó la necesidad de asegurar las condiciones del agua.

«(...) era la primera vez en la historia que las termas estaban cerradas 3 meses, afectaba entre 5000 y 6000 personas, sus puestos de trabajo, directa e indirectamente. Entonces empezó a haber una presión lógica para una reapertura organizada. Hablando con mi equipo dije: “¿Cómo hacemos para abrir las termas, si acá lo importante no son las termas sino el agua? ¿Cómo sabemos cómo está el agua? ¿Qué había pasado con el agua en todo ese tiempo?”. Entonces me junté con mi equipo como el primer día □ está bueno que diga que si no hubiera tenido a Sofía Piegas como referente epidemiológica el día que estalló Covid hubiera salido corriendo□, decía, me junté con mi equipo, acá hay técnicos con distintas especialidades, hay una funcionaria que es Técnica en Salud Ocupacional, Ana Moriondo, y el resto de los funcionarios (Lic. Gastón Aguerre, Elena Solari) conocían bastante el funcionamiento de las termas... ¿qué tipos de controles se hacían en las aguas? ¿Quiénes participaban en esos controles? Una cosa que es bueno destacar es que no teníamos laboratorio, y cuando saltó el tema de la emergencia sanitaria hablamos con el doctor Rodney Colina que es el encargado del Laboratorio de Virología Molecular de la Udelar, y a contrarreloj lo habilitamos para que pudiera dar el servicio que brindó durante los primeros meses de la epidemia, para el muestreo de los datos Covid. (...) Entonces hablé con él, le dije: “tengo este problema con el agua”. Me dijo: “hay estudios que leí hace poco que testeando las aguas servidas y los efluentes se puede detectar la presencia de Coronavirus cuando hay de alguna forma determinada cantidad de gente que usa los servicios a la vez. Se ha hecho en algún lugar en Europa, incluso con valor predictivo, que quiere decir que si te da en determinado lugar determinada cantidad de carga viral, podemos inferir en cuan riesgo está esa comunidad y tomar medidas».

Las inquietudes compartidas sobre la calidad de las aguas termales dio origen a un convenio de colaboración entre la Universidad de la República-Centro Universitario Litoral Norte (Udelar-CENUR), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Intendencia de Salto, el Centro Comercial e Industrial de Salto y la Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande.(4) Este convenio, firmado el 31 de agosto de 2020, tiene por objetivo general aunar esfuerzos de carácter interinstitucional para la realización de acciones conjuntas tendientes a aportar información relativa a parámetros físicos, químicos y microbiológicos en aguas subterráneas, efluentes de piscinas termales y aguas residuales correspondientes a las zonas termales de Salto, tanto en centros públicos como privados, de manera de proporcionar información técnica para la toma de decisiones en la materia y estándares sobre la calidad y condiciones de bioseguridad de las aguas termales del departamento.

Entre los objetivos específicos están realizar en forma inicial un estudio basal de aguas de partes termales municipales y privados que demuestren estar libres de coronavirus, efectuar un monitoreo coherente, periódico, en principio semanal, de las aguas termales, pozos someros y aguas residuales, y comunicar a la población por vía oficial las actividades cumplidas y los resultados obtenidos. Las obligaciones asumidas por la DDS Salto en el marco de este convenio son: coordinar, controlar y realizar seguimiento para garantizar que la estrategia se cumpla adecuadamente, aportar dos técnicos de la DDS a fin de colaborar y realizar acciones técnicas. El convenio firmado excede el contexto de pandemia ya que se trata de una actividad de un control permanente de la calidad de las aguas termales.

201



Puente internacional Salto Grande. Control sanitario. Salto, marzo de 2021.

«(...) es algo que quedó para el departamento, es algo bueno que dejó la pandemia y todo lo hecho en ese momento con todo ese estrés le dio una apertura a las termas con una seguridad que valió la pena el trabajo de tanta gente».

«Yo creo que la historia del Uruguay se va a reescribir después de esto, y la historia de Salto también. Creo que esto saca quizás lo mejor y lo peor, porque ha sido algo muy interpelante (...) nos hizo salir totalmente de nuestros hábitos, se metió en la intimidad de la afectividad, porque resulta ser que de repente ser afectuoso era peligroso. Al uruguayo le gusta más juntarse de lo que yo pensaba... se junta y celebra todo, no se junta solo para ver el partido de fútbol. Se juntan las veteranas a jugar a la conga, se juntan los jóvenes como se junta todo el mundo, pero se junta mucho la gente mayor. Se junta en los lugares de trabajo y el hecho de juntarse era peligroso... los hábitos de higiene, no sólo los hábitos de higiene respiratorios sino los hábitos de higiene personal, de higiene de los ambientes, también fue un desafío. Pero creo que sin duda, más allá del desafío de las personas, de las familias, de qué actitud toman para cuidarse sabiendo de qué forma se podían cuidar, fue un impacto directo sobre el sistema de salud y sobre los funcionarios de la salud, los médicos, las personas que tienen que tomar las decisiones, los equipos de funcionamiento. Los equipos fueron probados en su funcionamiento, exigidos al extremo. Creo que eso hay que destacar, los equipos que venían funcionando y los que tuvieron que empezar a funcionar, como la unión de los todos los directores de las departamentales, son personas que tuvieron que empezar a funcionar con las que yo estoy hermanada, y los vi dos veces. Yo soy una mujer cristiana, agradezco a Dios que elegí esta profesión, que es una profesión de servicio, poder servir en este momento, poder estar en la primera línea, asumir los errores, corregir, tomar decisiones (...) aquel que te interpela, aquel que te critica, aquel que te exige hace que vos eleves la vara ¿no? Eleves la mirada y te pongas en el lugar del otro... te diría que eso, la angustia de la gente y poder estar a la altura de contemplar la seguridad de todo, fue lo más difícil».



Equipo de gestión de la DDS Salto.

## Leishmaniasis

Las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades zoonóticas que tienen en común ser causadas por protozoarios del género *Leishmania* y transmitidas por dípteros hematófagos de la familia *Psychodidae* (flebotomos). Son varias las especies de *Leishmania* que pueden infectar a los humanos en las diferentes partes del mundo y cada una de ellas involucra a vectores y reservorios. Desde el punto de vista clínico se expresa en las formas cutánea, cutáneo-mucosas y viscerales.(8)

De todas las leishmaniasis, la leishmaniasis visceral (LV) ha cobrado importancia en nuestra región por su expansión hacia el sur del continente y su adaptación a las ciudades. En América Latina la principal especie que actúa como reservorio del agente *Leishmania infantum* es el perro doméstico infectado, con o sin manifestaciones clínicas. La forma más usual de transmisión de la infección es mediante la picadura de un insecto llamado flebotomo, parecido a los mosquitos pero más pequeño, que pica desde el atardecer hasta el amanecer. Este insecto transmite la enfermedad cuando pica a un perro que ya está infectado.(9) Provoca una enfermedad de gravedad en las personas de alta mortalidad si no se realiza el tratamiento adecuado. También es grave en los perros donde alcanza una alta letalidad. En Uruguay se consideró una enfermedad emergente en 2015 cuando se notificaron los primeros casos caninos. A finales de 2018 se confirmó el primer caso humano autóctono en la ciudad de Salto. Actualmente se han registrado 5 casos con 1 fallecimiento, todos en la ciudad de Salto.(10)

La DDS Salto junto con la Unidad de Zoonosis y Vectores del MSP llevan adelante un plan de vigilancia y control de la enfermedad a través de trampeos mensuales y estudios clínicos a la población canina de las zonas afectadas. Se realiza también un intenso trabajo interinstitucional de diagnóstico, comunicación, control de reservorios, manejo ambiental y tenencia responsable de mascotas.

**Referencias bibliográficas**

1. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. Salto. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021; Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
2. Uruguay. Aprobación de los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud [Internet]. Ley n.º 19.869 Apr 15, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>
3. Uruguay. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus) [Internet]. Decreto n.º 93 Mar 13, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
4. Universidad de la República-Ministerio de Salud Pública-Intendencia de Salto-Centro Comercial e Industrial de Salto-Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande. Convenio de colaboración. Montevideo: MSP. Aug 31, 2020.
5. Uruguay. Déjase sin efecto el cierre preventivo y provisorio de los centros turísticos termales públicos y privados [Internet]. Decreto n.º 197 Jul 21, 2020. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/197-2020>
6. Uruguay. Se aprueba el instructivo para la sustanciación y aprobación de los protocolos de salud que establecen las condiciones de reapertura o funcionamiento de espacios públicos o establecimientos públicos y privados con acceso público, que luce adjunto a la pre [Internet]. Resolución n.º 233 Jun 17, 2020. Available from: [https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/resoluciones/06/presidencia\\_233.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2020/resoluciones/06/presidencia_233.pdf)
7. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. Encuentro con las direcciones departamentales de Salud. Recomendaciones Sanitarias antes diferentes niveles de actividad. Contexto de la pandemia Covid-19. Montevideo: MSP. 2020.
8. Ministerio de Salud Pública. Guía de diagnóstico, tratamiento y control de la leishmaniasis visceral en Uruguay. Montevideo: MSP; 2016.
9. Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología, Unidad de Zoonosis y Vectores. Leishmaniasis visceral americana. Montevideo: MSP; 2020.
10. Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología, Unidad de Zoonosis y Vectores. Informe Estudio de seroprevalencia de leishmaniasis canina en la ciudad de Salto 2020. Montevideo; 2020 Sep.

# Protección en la infancia

## El brote por Covid-19 en un jardín de preescolares de la ciudad Libertad. La experiencia en San José

El departamento de San José está ubicado en el suroeste del Uruguay. Limita con los departamentos Flores, Florida, Canelones, Montevideo, Colonia y Soriano. Su franja meridional es parte del Área Metropolitana de Montevideo, constituida por la capital del país y los conglomerados urbanos de Canelones y San José próximos a ella.

Según los datos del censo 2011 San José tiene 108.304 personas. San José de Mayo es la capital del departamento, donde viven 36.743 personas. Delta del Tigre y Villas es la segunda localidad más poblada con 20.239 personas, y le sigue Libertad con 10.166 personas.(1) No obstante estos datos, tomados del último censo de población, Ciudad del Plata es la segunda localidad con mayor cantidad de habitantes de todo el departamento al nuclear al nuclear varias localidades (como Delta del Tigre, Parque Postel, Autódromo Nacional, Monte Grande, Santa Mónica, Playa Pascua) que en los datos del censo aparecen en forma independiente.

En agosto de 2020 un evento conmovió a todo el departamento cuando ocurrió el primer brote del país por Covid-19 en niños, en un jardín para preescolares en la ciudad de Libertad. En ese entonces las investigaciones sobre la enfermedad en niñas y niños eran muy primarias y no se sabía a ciencia cierta qué tan grave podría ser y cómo se daba la cadena de contagios en esa franja etaria.

De acuerdo con los comunicados del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública sobre los casos Covid-19 en menores de 15 años, al 10 de agosto de 2020 había 62 casos confirmados desde el inicio de la pandemia. Por departamento de residencia, 15 casos eran de Montevideo, 13 de Rivera, 10 de Canelones y 5 de San José. Los casos restantes se distribuyeron entre Artigas, Cerro Largo, Colonia, Maldonado, Río Negro y Treinta y Tres.(2) Al 31 de agosto la cifra para San José era de 10 casos.(3)

A fines de 2020 el Departamento de Vigilancia en Salud reportó 1.311 casos Covid-19 en menores de 15 años desde el inicio de la pandemia. Montevideo, Canelones y Rivera seguían siendo los departamentos con más casos; San José con 24 casos era el sexto departamento con más casos junto con Colonia.(4)

La aparición del brote desafió la capacidad de respuesta de las instituciones locales donde la Dirección Departamental de Salud de San José tuvo un rol activo tanto en el manejo epidemiológico del brote y la conformación de equipos de trabajo ad hoc como en la articulación interinstitucional.

El doctor Juan Atilio, director departamental de Salud de San José, recuerda esta experiencia que movilizó a todo el departamento.

«(...) nosotros estábamos en ese momento en una situación epidemiológica diferente a la que estamos viviendo en este momento [abril de 2021]. Era todo mucho más tranquilo y los casos diarios no superaban los 10 o 15. Sin embargo, en una comunidad pequeña del departamento de San José, nos conmovimos porque tuvimos el primer caso en un jardín de infantes, un jardín de preescolares. Entonces, en primera instancia era la primera vez que nos pasaba en este tipo de población. Veníamos trabajando con algunos

casos en adultos, los casos eran pocos, se trabajaba muy ordenadamente. Sin embargo, nos impactó el hecho de que dentro de un jardín de chicos preescolares empezaran a aparecer algunos casos. Eso fue lo primero que nos pasó. Frente a esa situación nos pusimos en... armamos un equipo de trabajo con la referente epidemiológica [de la DDS], Jaqueline [Acosta]. Y entre Jaqueline y yo, que somos los que veníamos haciendo el seguimiento epidemiológico a nivel general, constituimos junto con médicos y con la referente licenciada Alejandra Cazard, que vivía en la ciudad de Libertad, un equipo para poder trabajar sobre lo que se nos iba constituyendo como un probable brote. Que en principio no lo teníamos claro. Recuerdo que fue un día jueves o viernes que tuvimos los primeros casos. Y bueno, y ahí se fueron sumando, constituimos ese grupo de trabajo y elaboramos el plan de desarrollo para hisopar, cuarentenar y aislar. Lo primero que nos pasó es que tuvimos que convocar pediatras para ver cómo hisopábamos niños. Hay que ir viendo la realidad de lo que vivíamos en ese momento, estábamos recién en los primeros meses de la epidemia. Ahora ya es todo muy conocido, muy práctico, pero en aquel momento era difícil.

(...) Convocamos a una médica pediatra de la ciudad de Libertad, la doctora Teylechea, que nos echó una muy buena mano en cuanto a cómo había que hisopar a los niños. Había una discusión muy interesante en ese momento, que más tarde ya se definió, entre si había que hisopar o no había que hisopar a los niños. Era todo un tema que se discutía, todavía se discutía en ese momento. Ahí se definió que había que hisopar, no había otra alternativa para poder contener el brote.

Se trataba de hisopar al menos 130 niños pequeños (menores de 5 años), convencer a casi 250 adultos padres y madres de que era lo mejor, a las maestras, a los pediatras de esos niños etcétera, etcétera. La tarea fue mayúscula y muy estresante».

Brote epidemiológico es una clasificación usada en la epidemiología cuando aparece una enfermedad en un lugar específico y en un momento determinado. En los glosarios epidemiológicos se define brote al episodio en el cual «dos o más casos de la misma enfermedad tienen alguna relación entre sí, teniendo en cuenta el momento de inicio de los síntomas, el lugar donde ocurrieron o por las características de las personas enfermas. También es la ocurrencia de dos o más casos similares, los cuales están epidemiológicamente relacionados».(5) La información producida por la Organización Panamericana de la Salud específicamente para Covid-19 señala que «la existencia de un caso único bajo vigilancia en una zona donde no existía el padecimiento se considera también un brote. Un brote sucede por el aumento inusual del número de casos de una enfermedad más allá de lo normal. Puede tener una diseminación localizada en un espacio específico (por ejemplo, una comunidad, un pueblo, un barco, una institución cerrada) o extenderse a varios países. Puede durar unos días, varias semanas o varios años».(6) Se agrega que un brote puede ser un solo caso de una enfermedad rara, o muchos casos de una enfermedad poco frecuente o el aumento de casos de una enfermedad común.(6)

En aquel entonces, primer semestre del año 2020, se discutía sobre la pertinencia de realizar estudios diagnósticos por Covid-19 en niñas y niños. El Ministerio de Salud Pública adoptó y recomendó la *Propuesta para la definición de caso sospechoso e indicación de test diagnóstico de Covid-19 en niños* elaborada por un amplio equipo de expertos uruguayos en temas de pediatría (ver destaque).



Jardín Arco Iris. Libertad, San José, junio de 2021.

En el ámbito internacional, un artículo publicado a mediados de 2020 como revisión de la evidencia pediátrica respecto de Covid-19 (7) señalaba que ante la observación de cursos más severos de la enfermedad en pacientes pediátricos resultaba importante seleccionar y adecuar el uso de nuevos conocimientos y de los adquiridos en situaciones similares para garantizar una correcta toma de decisiones en la prevención, manejo y tratamiento de la enfermedad en niñas y niños. El mismo artículo señala que la tasa de casos asintomáticos y casos leves es mayor en niños que en adultos y que las pruebas diagnósticas debían realizarse en quienes cumplieran algún criterio epidemiológico y al menos dos criterios clínicos.

Entre los criterios epidemiológicos los autores señalaron a niños y niñas que hubieran viajado a alguna zona con la epidemia o hubieran tenido contacto con pacientes positivos o con pacientes con fiebre y otros síntomas respiratorios en los 14 días previos a la aparición de síntomas; dos o más casos de fiebre y síntomas respiratorios en los últimos 14 días en grupos pequeños, como un salón de clase por ejemplo, y recién nacidos de madres con infección confirmada. En cuanto a los criterios clínicos, indicaron: fiebre, fatiga, tos seca y síntomas respiratorios; hallazgos radiológicos; linfopenia; no identificación de otro agente causal.(7)

Respecto del cierre de centros educativos, otro estudio, esta vez mucho más reciente, y por tanto con más evidencia procesada por el Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) concluyó que «existe evidencia de calidad baja de que los colegios no son una fuente importante de contagios y no existe certeza de que su cierre disminuya la incidencia de la pandemia en la población general ni en los menores de 18 años, ni tampoco de que afecte de forma importante al porcentaje de casos graves (que requieren ingreso en UCI) ni a la mortalidad global por la Covid-19».(7)

## Recomendaciones para el bienestar en la niñez

En marzo de 2020 el Ministerio de Salud Pública emitió las *Recomendaciones para la protección y promoción del bienestar de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia de Covid-19*.<sup>(8)</sup> Allí se señala la importancia de las actividades y vínculos dentro del hogar y el rol fundamental que cumplen la familia, los pares y los centros educativos como agentes de socialización en la vida de niñas, niños y adolescentes. Ante las situaciones de estrés provocadas por la pandemia por el distanciamiento social y físico y el aislamiento, las autoridades sanitarias recomendaron a responsables de niñas, niños y adolescentes estar atentos y consultar al prestador de salud cuando se dan algunos de estos comportamientos:

- Pérdida de interés en actividades que antes daban placer.
- Aislamiento.
- Abandono importante en la apariencia habitual.
- Cambios en los hábitos de dormir y comer.
- Cambio en el comportamiento, irritabilidad o decaimiento, desgano.
- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar.
- Aquejar dolores físicos frecuentes como cefaleas, dolor abdominal, fatiga.

En el mismo documento se leen recomendaciones específicas para las familias que tienen que ver con: la organización de una rutina que mantenga los hábitos de sueño, alimentación y ejercicio físico; la continuidad de las actividades educativas y el contacto virtual con amigos; el respeto de los momentos para estar en familia y para estar solos; la existencia de espacios de escucha de expectativas, preocupaciones y sentimientos.

«(...) en ese momento se llegó a discutir durante un mes si [hisopar] a los niños menores de determinada edad, tenga en cuenta que era un jardín de preescolares que tenía niños de 1 año de edad hasta 4, hasta 5 ¿no? preescolares, había niños chiquitos de 1 año. Algunos casi que de cuna había. (...) Los pediatras tenían mucho tema vinculado a eso. Para nosotros era claro epidemiológicamente que teníamos que hisoparlos, no teníamos vuelta. (...) constituimos un grupo muy bueno con cuatro médicos de la comunidad que, a su vez, eran médicos de los prestadores. Porque, seguro, esa es una comunidad en donde, para que tengan una idea, los casos comenzaron a fluir y se dividían entre un prestador de la FEPREMI [Federación de Prestadores Médicos del Interior], que era el prestador que tenía más casos, el prestador Círculo Católico, que tenía muchos casos también, y después algunos casos del prestador público ASSE, que eran los menos porque es un jardín de preescolares privado (...) la mayoría de niños o maestros eran socios de mutualistas. No eran [mayormente] de ASSE, o sea que teníamos que trabajar con las mutualistas. Constituimos el grupo con ese grupo de médicos y ahí se comenzó a planificar los hisopados, las cuarentenas y definimos el cierre del jardín, que fue un tema muy traumático en aquel momento, ¿no? Ahora ya no es tan traumático porque uno está acostumbrado pero en aquel momento fue un trauma importante para toda la comunidad. En una comunidad pequeña ese era el jardín, yo diría que capaz que el jardín más grande de preescolares que había en la ciudad, por lo menos de los privados. Creo que el otro [jardín] grande es un centro CAIF [Centro de Atención a la Infancia y la Familia] que hay ahí también. A su vez, comenzamos a tener alguna vinculación con el centro CAIF porque alguna maestra o docente que ingresaba a un jardín también ingresaba al otro».

Según el análisis de la situación que se hizo en la DDS, el brote tuvo su origen en un familiar que contagió a la maestra directora del jardín.

«(...) la maestra directora tuvo unos días de no sintomática y en ese momento infectó a alguna de sus colegas en las reuniones de preparación. Ahora, después que pasa el tiempo, uno ve cómo las reuniones de preparatoria de los docentes, a cualquier nivel, no sólo en un jardín preescolar, terminan siendo un gran problema. Porque lo hemos vivido, lo vivimos ahora en montones de lugares, en este mes de marzo, en el cual en San José tuvimos muchos brotes vinculados a establecimientos de educación. En ese jardín lo tuvimos claramente. O sea, se reunían para preparar las clases y ahí se infectaron las maestras. Hubo, yo de memoria ahora no recuerdo bien pero capaz que tuvimos ahí ocho maestras infectadas, de un grupo de diez o doce. O sea, fueron menos las que quedaron sin la infección que las que la tuvieron.

Había protocolos. Este jardín cumplía con los protocolos pero, ¿qué pasa? Los protocolos estaban muy dirigidos a los papás, a los nenes y a la llegada, se protocolizaba la llegada, el papá no podía entrar, se cumplía mucho esa parte. Pero no había un protocolo dirigido al trabajo intersectorial de ellos mismos. O sea, tenían protocolos como los protocolos habituales de estar a dos metros, colocarse un tapaboca. Pero compartían lugares de trabajo. Y en esos lugares de trabajo fue donde seguramente se vincularon maestros con maestros. (...) La hija de la directora había venido de Rivera y seguramente fue quien introdujo [el virus], contagió a su mamá, y ella fue la que a su vez contagió. (...) El trabajo fue muy intenso, muy concentrado en treinta días. Y la verdad que terminó siendo muy exitoso. Fue muy

exitoso porque fue muy colaborativo, fue un grupo que colaboró mucho, el grupo de los médicos, el grupo de los docentes del jardín, que se cargaron las pilas por este tema porque se dieron cuenta que era un problema serio. Y ni que hablar que los padres que, al principio, se sorprendieron sobremanera. Hubo todo un tema social, ¿no? Los padres consultaban, estaban muy preocupados. (...) hicimos todo el jardín. Estamos hablando de un jardín de preescolares de 117 niños y 12 adultos entre maestros y ayudantes. Tuvimos un asesoramiento muy eficaz y muy bueno de Silvia Guerra [referente epidemiológica nacional de la DIGECOOR] que fue quien lideró el tema. En aquellos momentos no teníamos ninguna experiencia en esto. Para nosotros era todo muy nuevo. Con ese liderazgo de Silvia fuimos caminando ,avanzando y aprendiendo».

210



Jardín Arco Iris. Libertad, San José, junio de 2021.

En esta departamental, como en todas las otras, aparecen las fortalezas del trabajo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario con la característica, además, de darse en una comunidad en la que todos se conocen y ya tienen vínculos personales y de trabajo establecidos.

«Se lograron varias cosas. Fue muy ilustrativo para nosotros, que nos sirvió mucho, con muy buenos aprendizajes. Primero, como era el primer brote que teníamos, informamos al CECOED [Centro Coordinador de Emergencias Departamental] de la situación, porque estábamos alarmados. Nosotros al principio, en el principio del brote, no sabíamos en qué podía terminar. La situación era la siguiente: en una comunidad pequeña como Libertad donde se registraban promedialmente tres casos activos diarios, repentinamente, en poco menos de una semana, se detectaron 6 niños positivos y de los doce docentes 6 fueron positivos. En dos semanas el brote llegó a 27 casos activos entre docentes, niños y familiares, en una comunidad donde los casos activos no superaban los

diez hasta el momento. Era un hecho muy llamativo en el mes de agosto del año pasado. Ahí el CECOED estuvo informado. Hicimos coordinaciones con autoridades departamentales de la enseñanza, que había que hacer porque la inspectora de Primaria tenía que estar enterada de lo que nosotros pensábamos que había que hacer y ella era la que tenía que tomar las decisiones. Porque si había que cerrar el jardín, como se cerró, tampoco era una decisión puramente del Ministerio sino que teníamos que compartirla con la autoridad educativa. La compartimos, estuvo de acuerdo, se cerró el jardín. Después tuvimos acciones con los prestadores, fundamentalmente Círculo Católico y Asociación Médica de San José, que eran los que más casos tenían. Tuvieron que estar muy atentos a cómo definimos la fecha de los hisopados, del famoso séptimo día, en el que había que hisopar, que eran niños y que había que ir con pediatras a hisopar. (...) Ese brote fue realmente rápidamente solucionado. Y seguramente el éxito estuvo en la velocidad de hisopar y en la colaboración de los prestadores para esos hisopados. Y en la gran colaboración de los mismos docentes y de los padres que, de sorpresa, pasaron después a responsabilidad. (...) La interinstitucionalidad en comunidades pequeñas me animo a decir que funciona mejor todavía. Porque está el conocimiento de una autoridad con la otra, que eso colabora mucho a la interinstitucionalidad. Eso funcionó muy bien en este caso. Y funcionó muy bien el liderazgo también de quien dirigía esto, que era Silvia [Guerra]. Eso nos ayudó mucho, aprendimos mucho en ese momento y bueno, terminamos exitosamente con un tema que al principio nos preocupaba».

Sin dudas, la ocurrencia del primer brote del país en un centro educativo para niñas y niños muy pequeños implicó diversas reacciones y una evolución en la forma de comprender y tratar el problema.

«(...) al principio fue el asombro. Después hubo un factor, el de la culpabilidad de decir "bueno, ¿cómo es posible que pase esto en un colegio preescolar?". En aquel momento la comunidad decía "¿pero cómo es posible que nos pase? Con todos los cuidados, los protocolos...". Nadie entendía por qué podía pasar. Seguro, después te fuiste acostumbrando que el virus es el virus, y la lucha es una lucha de todos los días. Entonces esa primera sorpresa generó conmoción, generó algunas salidas a la prensa con [planteo de] situaciones de padres de niños, que fue un poco complejo también porque tuvimos que intervenir en algunas de esas cosas. Pero de a poquito, como que la gente fue entrando en el mundo de tener responsabilidad para encarar el problema, y lo encaró. Se encaró con mucha profesionalidad. (...) ya a los cuarenta días el jardín estaba funcionando, los niños volviendo y otra vez la vida normal. Y el jardín después funcionó hasta fin de año. Recuerdo que hace poco tuvo un caso más de una maestra, y fue solamente eso. (...) Obviamente que al tratarse de niños fue un tema hasta dramático en algunos momentos porque no todo el mundo entendía que los niños no iban a enfermar gravemente. [El hilo epidemiológico] se mantuvo en forma permanente. El año pasado mantuvimos el hilo bien y este año hemos tenido mil dificultades, como tiene todo el país. Pero en este caso particular el hilo fue fundamental. Recuerdo hacer las encuestas con los nombres, los horarios, los días, el día de los hisopados, el control médico que hubo. Hubo muy buen control de los médicos, de ese grupo de cuatro colegas de ahí, de la zona, que tomaron esto y era permanente. Entonces todo ese control más poder seguir el rastreo epidemiológico correcto que se siguió fue lo que permitió

contener [el brote] rápidamente. (...) Colaboró mucho también el equipo docente. Hay que tener en cuenta que eran maestras y educadoras con una gran responsabilidad sobre esos niños, entonces se sentían con culpabilidad de que había sido una de ellas la que introdujo el virus, esa situación las hacía más responsables que nadie. Entonces el contacto con la directora, por ejemplo, era todo los días. Ella todos los días hablaba con nosotros, todos los días hablaba con los médicos, con los prestadores. Había como una especie de contexto de todo el mundo mancomunado para salir adelante. Y se salió».

Finalmente, el doctor Atilio señala algunos conceptos importantes en carácter de lecciones aprendidas y buenas prácticas que dejó la experiencia del brote en el jardín tanto en el departamento como en la ciudad de Libertad.

«Las comunidades pequeñas viven estas cosas de una manera distinta. (...) Toda la potencia de la comunidad cuando juega a favor logra cosas que a veces en lugares más grandes no se pueden lograr. (...) Fue algo en lo que trabajó mucha gente, y toda la gente hacia el mismo objetivo. Padres, niños, maestras, educadores, direcciones de salud, médicos, instituciones, prestadores, todo el mundo con el objetivo de contener eso porque parecía un disparate que eso pasara en la ciudad de Libertad. Y pasó. Y ahora es una anécdota.

Como concepto importante y experiencia positiva para nosotros es que cuando tenés un brote, si lográs mantener el rastreo eficientemente, como en este caso, casi que el éxito de la contención del brote está asegurado. Ese es un primer concepto que me quedó de esto. Pero el tema es ese, poder mantener el rastreo. En este caso fue fácil. Fácil, ¿por qué?, porque eran niños, padres, docentes y médicos metidos en toda esa comunidad armando el rastreo. Pero ahora, esto mismo te pasa en una comunidad metropolitana como Ciudad del Plata, donde nosotros tenemos muchos casos ahora, y en comunidades que conocés poco, y el problema de seguir el hilo se te complica.

Me acuerdo cuando Silvia [Guerra] decía “doctor, usted recuerde que los niños no infectan a los adultos, sino los adultos infectan a los niños”. En aquel momento fuimos aprendiendo cosas, cosas de la epidemiología que tenían que ver con ese virus. Que no es el mismo virus que ahora, el P1, pero en aquel momento eran pocos los casos en niños que teníamos en todo el Uruguay, y lo que pasaba era que el adulto se contagiaba con adulto, y adulto con niño, pero no era peligroso que el niño contagiara otros niños. (...) Nosotros en ese momento teníamos un niño contagiado y dijimos “los cinco chiquilines que están con él tienen que estar contagiados”. Imaginate en un jardín de preescolares, los cinco nenes jugando con la plasticina... y, sin embargo, no.

(...) Yo diría que conceptualmente hay que destacar ese trabajo comunitario en conjunto, en las pequeñas comunidades. Hay que destacar que hubo responsabilidad de la parte docente, tanto de la directora de Primaria, que estaba muy preocupada, como de la directora del jardín, como de las maestras. Y hubo un trabajo muy bien dirigido por Silvia [Guerra], muy rápido y muy efectivo. Con mucho compromiso y profesionalidad de los médicos y el personal de la salud de la comunidad agrupados y solidarios. Nosotros aprendimos mucho y ahora seguramente estamos mucho mejor preparados para enfrentar situaciones epidemiológicas extremas como esta que nos tocó vivir en agosto del 2020 en Libertad».

## Test de diagnóstico de Covid-19 en la niñez

En abril de 2020, la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP adoptó y recomendó el documento *Propuesta para la definición de caso sospechoso e indicación de test diagnóstico de Covid-19 en niños* (9) elevado a esa dirección por el Área de Salud de la Niñez. El documento recoge la opinión de destacados profesionales y académicos del Departamento de Pediatría, Departamento de Emergencia Pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Centro Hospitalario Pereira Rossell, la Diplomatura de Infectología Pediátrica de la Facultad de Medicina, la Sociedad Uruguaya de Pediatría, la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva y la Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay.

En este documento se señala que niños y adultos tienen manifestaciones clínicas de Covid-19 similares pero la enfermedad se presenta en los niños son síntomas más leves, siendo los más reportados los asociados al resfriado, como fiebre, rinorrea y tos. La mayoría de los niños presentan contactos intradomiciliarios. Los expertos recomendaron considerar a niños de riesgo de padecer enfermedad grave a los inmunodeprimidos, los portadores de cardiopatías, patología respiratoria crónica (excepto asma) y diabéticos con un mal control de la enfermedad. Se recomendó también extremar la vigilancia en menores de un año.

Sobre la necesidad de realizar test diagnósticos específicos para confirmar Covid-19 y descartar otras causas de enfermedad respiratoria, los autores del documento se basan en las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre utilizar el juicio clínico con base en la epidemiología local de Covid-19, el curso clínico de la enfermedad incluyendo la presencia de síntomas y el contacto cercano con caso confirmado de Covid-19.

Los expertos, en función de la situación epidemiológica relativa a la circulación local del virus SARS-Cov-2, la existencia de brotes en centros de salud y de niñas y niños con medidas de distanciamiento en domicilio, consideraron caso sospechoso de Covid-19 a toda niña o todo niño con fiebre mayor a 37.5 °C y síntomas de enfermedad respiratoria alta y/ o baja, con o sin manifestaciones digestivas.

Finalmente el documento referido propone priorizar para los testeos a los siguientes grupos de niñas y niños:

- Infección respiratoria aguda grave sin otra causa que lo explique.
- Infección respiratoria aguda baja con criterios de ingreso sin otra causa que lo explique.
- Grupos de riesgo: inmunosupresión primaria o secundaria, cardiopatía congénita o adquirida, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, menores de 2 meses con fiebre sin foco sin otra causa que lo explique.
- Paciente sintomático conviviente con personal de alta exposición al virus (personal de la salud, policía, docentes).
- Niñas y niños sintomáticos institucionalizados.



Equipo de gestión de la DDS San José.

### Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011. Series históricas, Población. San José. Población por grupo decenal de edades, según área, localidades y sexo. 2021. Available from: <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>
2. Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud. Comunicado sobre casos Covid-19 en menores de 15 años [Internet]. Aug 10, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-casos-covid-19-menores-15-anos-6-enero-2021>
3. Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud. Comunicado sobre casos Covid-19 en menores de 15 años [Internet]. Aug 31, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-casos-covid-19-menores-15-anos-6-enero-2021>
4. Ministerio de Salud Pública, División Epidemiología, Departamento de Vigilancia en Salud. Comunicado sobre casos Covid-19 en menores de 15 años [Internet]. Dec 22, 2020. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-casos-covid-19-menores-15-anos-6-enero-2021>
5. Peláez Sánchez O. y Más Bermejo P. Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2020;46(2). Available from: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n2/e2358/es>
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Covid-19 Glosario sobre brotes y epidemias. 2020. Available from: <https://www.paho.org>

7. Nieto Duarte, G., Pichilingue, P., Aivasovsky Trotta, I., Castellanos Fernández, M. y Celis LG. Covid-19: una revisión de la evidencia en el ámbito pediátrico. NOVA [Internet]. 2020;18(34):85–92. Available from: <https://doi.org/10.22490/24629448.4191>
8. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para la protección y promoción del bienestar de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la pandemia de Covid-19. 2020 Mar. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/coronavirus-toda-informacion-aqui>
9. García, A., Giachetto, G. y Pujadas M (coordinadores). Propuesta para la definición de caso sospechoso e indicación de test diagnóstico de Covid-19 en niños. 2020 Apr. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/propuesta-para-definicion-caso-sospechoso-indicacion-test-diagnostico>



## Capítulo 4

DIGECCOOR 2020 en perspectiva  
Resumen y conclusiones

Es objetivo de la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) fortalecer la gestión de las direcciones departamentales de Salud (DDS) para colaborar en el ejercicio del liderazgo efectivo del Ministerio de Salud Pública (MSP) como rector de la política pública de salud a nivel nacional.

Como se ha visto a lo largo de esta publicación, el año 2020, tanto a nivel de las DDS como de la conducción central de la DIGECOOR, marcó un escenario de gestión y de trabajo desafiante para enfrentar un evento inédito en nuestro país y en el mundo. Por esta razón, identificar, documentar y sistematizar en las experiencias territoriales errores y aciertos, fortalezas y debilidades son actividades intrínsecas a la mejora de la gestión de la institución.

En los capítulos anteriores se recolectaron esas experiencias a partir de los relatos de directores departamentales de Salud y sus equipos. También, se dedicó un capítulo a recuperar las metodologías y prácticas de trabajo que con éxito puso en práctica la DIGECOOR desde su nivel central. Por cuestiones de formato se presentan las experiencias de las DDS separadas entre sí y de las de la DIGECOOR central, pero cabe señalar que se atraviesan, complementan y fortalecen entre sí, de ahí que algunas aparezcan mencionadas en distintos momentos de la lectura. En este capítulo se retoman los contenidos trabajados y se sistematizan en torno a los ejes lecciones aprendidas, buenas prácticas, experiencias exitosas y oportunidades de desarrollo, y a las dimensiones de la interinstitucionalidad, la gobernanza en salud, las actividades propias y las de complementación. Estos ejes y estas dimensiones son explicados a continuación para dar el marco a la síntesis posterior.

### Lecciones aprendidas

Existe mucha bibliografía sobre el concepto de lecciones aprendidas pero coinciden en general en caracterizarlas como un conocimiento adquirido a partir de la reflexión sobre los factores que pueden haber afectado en forma positiva o negativa a una experiencia, y que se traducen en general en acciones a realizar, repetir, mejorar, mitigar o evitar, según sea el caso. También, los autores coinciden en la necesidad y utilidad de documentar estas lecciones. En general las lecciones aprendidas están relacionadas con una práctica concreta, es decir, a la cosa ejecutada. No obstante, es posible que el conocimiento se genere a partir de actividades como el estudio de casos, análisis de evidencia, recuperación y sistematización de información, debate y reflexión.

Para la Organización Panamericana de la Salud (1) las lecciones aprendidas pueden definirse como el conocimiento adquirido sobre un proceso o sobre una o varias experiencias a través de la reflexión y el análisis crítico sobre los factores que pueden haber afectado positiva o negativamente.

Por su parte, en el blog del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se lee que las lecciones aprendidas «capturan evidencias e identifican tendencias y relaciones causa-efecto, acotadas a un contexto específico, y sugieren recomendaciones prácticas y útiles para la aplicación o replicación del nuevo conocimiento en otros contextos y en el diseño y/o ejecución de otros proyectos o iniciativas que se proponen lograr resultados similares».(2)

Desde el ámbito específico de la gestión de proyectos se destaca que documentar las lecciones aprendidas es uno de los aspectos más importante en cualquier organización en tanto registro de errores y aciertos que pueden ser utilizados

en otras iniciativas y como manera para que «la organización aprenda y mejore continuamente».(3) Es de utilidad considerar el siguiente esquema a modo de check list para identificar lecciones aprendidas:(4)

1. Son conocimientos que provienen de la experiencia pero su identificación requiere un proceso de análisis y elaboración.
2. Proviene de trabajar con problemas y su resolución.
3. Tienen sustento en las evidencias que se han recogido.
4. Pueden tener un impacto significativo para la organización que las ha identificado y para otras que las puedan utilizar, por eso es un conocimiento útil.
5. Si se aplican en futuros proyectos se pueden eliminar o prevenir problemas o ensayar mejores soluciones.
6. No sólo provienen de experiencias exitosas.
7. No siempre son novedades; pueden confirmar conocimientos ya establecidos.

### Buenas prácticas

Una buena práctica es aquella acción o acciones que se realizan en forma puntual en un contexto específico para lograr un determinado resultado y que, en caso de ser nuevamente necesario, podría replicarse. Este es el concepto que se asumirá en este trabajo dado que, por tratarse de la experiencia reciente de 2020 con evaluación en proceso, no es posible ajustarse estrictamente a los aspectos que hacen referencia a la evaluación. Un documento de la Organización Mundial de la Salud habla de mejores prácticas en vez de buenas prácticas y de prácticas óptimas. Así, define práctica óptima a la «técnica o un método que, mediante la experiencia y la investigación, ha demostrado de manera fidedigna que conduce al resultado deseado. Es necesario compartir y adoptar estas prácticas para beneficiar a más personas. En el contexto de los programas y servicios de salud, una definición funcional de práctica óptima es el conocimiento acerca de qué funciona en situaciones y contextos específicos sin emplear recursos exorbitantes para lograr los resultados deseados, y que puede utilizarse para desarrollar y aplicar soluciones adaptadas a problemas de salud similares en otras situaciones y contextos».(5)

Otros autores relacionan las buenas prácticas con las lecciones aprendidas que definen como experiencias «que han logrado un buen desempeño e impacto con base en lecciones aprendidas provenientes de prácticas previas. Ellas muestran posibilidades de ser transferidas exitosamente a otros ámbitos y tienen claras evidencias de éxito; sin embargo, dichas evidencias corresponden a ámbitos de implementación todavía limitados».(4) Se agrega, además, la variable tiempo, en términos de lograr cambios duraderos, y las cuestiones de la metodología aplicada, que tiene que poder ser transferida a otros ámbitos. Por su parte ONUSIDA define mejores prácticas a «la acumulación y la aplicación de conocimiento sobre lo que funciona y lo que no funciona en diferentes situaciones y contextos. Se refiere tanto a lecciones aprendidas como al proceso continuo de aprendizaje, retroalimentación, reflexión y análisis».(4)

### Experiencia exitosa

Una experiencia exitosa es un conjunto de acciones que ha dado buenos resultados en relación con las metas perseguidas. Se originan cambios o reformas en la manera de hacer que aumentan la equidad, la eficiencia y la diversidad, y que además ofrecen la flexibilidad suficiente como para permitir la innovación. Una experiencia exitosa tiene una serie de valores: valor político de la equidad como

mecanismo de solidaridad y de mejora de la accesibilidad económica, organizativa, geográfica y cultural; valor económico de la eficiencia, como búsqueda de mayores resultados al menor costo posible; valor social de la ética, como organizadora de toda acción; y valor técnico de la calidad, como forma de respuesta a la demanda y a aquellos aspectos que son sensibles a la sociedad.(6)

En la gestión institucional y en particular en la que refiere al sector salud se mencionan una serie de claves que orientan la clasificación de una experiencia exitosa, a saber: constancia y eficacia, encuentro fraterno con la comunidad, visión holística, responsabilidades compartidas, capacidad de cambio y adaptación, búsqueda de excelencia, orgullo y pasión por el trabajo, proyecto determinado y evaluado, participación colectiva y negociación con entes oficiales y privados.(6)

### Oportunidad de desarrollo

El concepto oportunidades de desarrollo se vincula con el mundo del mercado laboral y las oportunidades que ofrecen las empresas a sus recursos humanos por medio de un esfuerzo formalizado y continuo para mejorar sus capacidades.(7) Más allá de la especificidad del campo de aplicación, dos características pueden generalizarse en cualquier oportunidad de desarrollo: debe formalizarse (por medio de un plan o proyecto, por ejemplo) y el proceso de identificación de oportunidades ha de ser continuo.

Una oportunidad es un momento o circunstancia conveniente para algo. Se pueden identificar oportunidades a partir de la recolección y sistematización de lecciones aprendidas, buenas prácticas y experiencias exitosas, y en general se mencionan como líneas de trabajo a futuro o líneas de interés.

### Gobernanza en salud

El concepto de gobernanza, desde su surgimiento, ha sido revisado constantemente por distintas vertientes académicas, haciendo que resulte reconceptualizado una y otra vez a la luz de las diferentes narrativas teóricas que lo atraviesan (lo que ha hecho que en ocasiones se torne impreciso e incluso contradictorio). No obstante, para dilucidar esta aparente falta de claridad, es necesario introducir el factor contextual en el análisis del concepto: si, tal como señala Rondinelli,(8) en la década de 1970 se asimilaba la gobernanza a las acciones tomadas por el gobierno,(9)<sup>1</sup> hoy la concepción es otra, ya que tiende a visualizársela en términos de interacción -entre el gobierno, el sector privado con fines de lucro y las organizaciones de la sociedad civil- de forma tal que resulta en la generación de política pública. Tal como lo indica Rhodes,(10) citado por Mayntz, la gobernanza refiere «(...) a un modo de gobernar básicamente no jerárquico, donde actores privados corporativos no estatales (...) participan en la formulación e implementación de la política pública».

Pero esta definición tuvo varias etapas. En la década de 1980 se asociaba a la gobernanza con las tendencias del Nuevo Gerenciamiento Público, (10) (11) en el marco de la adopción de modelos neoliberales por parte de los polos del desarrollo que cuestionaban al Estado como centro del poder político, y lo definían como fuente de los problemas en el ámbito económico.

<sup>1</sup> Renate Mayntz también apunta en este sentido, al exponer que el primer paradigma de la teoría de la gobernanza (que abarca el período que se sitúa entre fines de la década de 1960 y la segunda mitad de la década siguiente) se vinculaba al desarrollo de las políticas y su implementación, desde una perspectiva vertical de «abajo hacia arriba».

Sin embargo, los límites de la extensión del modelo de mercado hacia el sector público dieron origen a una nueva conceptualización de la gobernanza, que surgió a mediados de esa década y se fortaleció en la década siguiente, desde la postura de contrarrestar el modelo teórico anterior. En esta reconceptualización, introduciendo como elemento central a las redes y los partenariados,(10) (12) se observaba el rol del Estado en términos de transformación y adaptación a los nuevos desafíos que enfrentaba, y ya no desde la óptica de la decadencia de su capacidad de conducción.

Este proceso de redefinición conceptual, a su vez, puede observarse desde un plano de significación dual, ya que por un lado, «refiere a las manifestaciones empíricas de la adaptación del Estado a su ambiente externo» y, por otro, a una representación conceptual de los sistemas sociales «y, en su mayor parte, al papel del Estado en ese proceso».(12) Tal como señala Pierre, esta última conceptualización puede a su vez dividirse en dos categorías; en la primera, el foco continúa centrado en el Estado y en su capacidad para dirigir o conducir políticamente el accionar de los demás actores (*old governace*), mientras que la segunda se centra en las asociaciones -tanto formales como informales- que se desarrollan en el ámbito público y privado.

Hufty (13) busca definir el término de manera pragmática para adaptarlo a las necesidades de investigación en salud pública. Según la autora «esta se refiere a los procesos de interacción entre los actores involucrados en un asunto público, que llevan a la toma de decisiones o a la formulación de normas sociales. Se postula que hay procesos de gobernanza presentes en cualquier sociedad y, a diferencia de otros acercamientos, estos se pueden observar y analizar a partir de una perspectiva que no sea normativa o prescriptiva (...) La gobernanza en la salud pública es una cuestión que debe entonces ser considerada a partir de un razonamiento que va más allá de las consideraciones técnicas (la aplicación de procedimientos eficientes para una cierta finalidad)».

### Interinstitucionalidad

Según Javier Duque Daza (14) el concepto de interinstitucionalidad «hace referencia a la coordinación de actores, a la interacción de instituciones a través de mecanismos de acción conjunta en torno a proyectos comunes, a la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos. La interinstitucionalidad constituye una alternativa de gestión relacional e interconectada de agentes interrelacionados, frente a modelos autocentrados e individuales. El concepto está emparentado con otros como los de redes de cooperación y lógicas organizativas en red, que hacen alusión a formas de coordinación institucional y prácticas de innovación en la gestión. Ambos presuponen la existencia de espacios en los cuales se presenta la articulación horizontal de las instituciones mediante la interacción de los actores involucrados, con el fin de unificar esfuerzos para atender y dar respuesta a los retos que afrontan las instituciones, ante las exigencias de la transformación, de la competencia y de la internacionalización del conocimiento. Presuponen la cooperación, la solidaridad, la ayuda mutua y el aprendizaje compartido. Representan acciones formalizadas de interacción (Castellano, 2002; Gentile, 2009)».

## Actividades propias

En esta dimensión de análisis, de definición propia, se colocan todas aquellas actividades de las DDS que implican un grado de organización y desarrollo interno del trabajo del equipo de gestión para alcanzar determinadas metas o resultados, en este caso, para el control de la pandemia por Covid-19. En este sentido se pueden mencionar la definición y ejecución de planes y proyectos (como planes de vacunación antigripal o ciclos de formación y capacitación, por ejemplo), el diseño, desarrollo e implementación de procesos y herramientas para el diagnóstico y seguimiento (como los implementados en la actividad de grandes empresas y la metodología de rastreo a nivel departamental).

## Complementación

Se ha escrito ya una sección completa sobre este tema en el capítulo 2 de esta publicación y dicho que la complementación asistencial es una de las principales estrategias políticas y programáticas que el MSP se ha propuesto para el desarrollo de un sistema de salud que asegure la provisión de servicios para los usuarios con equidad y accesibilidad. Los acuerdos de complementación siguen un proceso complejo desde su origen hasta su implementación. El rol que desarrollan las DDS en la complementación es diverso y tiene distinta intensidad. Cualquiera sea esta intensidad existe una compleja red de articulaciones y coordinaciones con sistemas institucionales que no está estrictamente definida, en el sentido que todos los procesos transitan relativamente por el mismo camino.

Los acuerdos incluyen distintas modalidades de cooperación entre partes diversas con la finalidad de actuar en alguna de las dimensiones de la salud de la población (en particular, la dimensión sanitaria). La complementación debe entenderse como un acuerdo colaborativo de carácter voluntario en consonancia con la competencia de las partes que no colisiona con la competencia entre ellas. Supone el nacimiento de un nuevo servicio y la instrumentación de una nueva institucionalidad que debe ser formalmente documentada con herramientas legales y acuerdos que contengan las formas de gobierno y gestión del emprendimiento, las responsabilidades asistenciales, jurídicas y económicas de las partes, el modelo y régimen de gestión de los recursos humanos, y la fuente de financiación de esa nueva realidad.

## DIGECOOR

Más allá de que desde el nivel central se conducen, orientan y apoyan la actividades territoriales y por tanto son parte de ellas, se destacan aquí la herramienta de los acuerdos de complementación, las actividades de rescate humanitario del Greg Mortimer, y el acuerdo logrado para no interrumpir la actividad productiva de la zafra de caña de azúcar en el norte del país.

La realización de acuerdos de complementación como herramienta para mejorar el acceso, la accesibilidad y la equidad en la atención a la salud, y controlar la evolución de la pandemia, fue una de las actividades más importantes impulsadas por la DIGECOOR central en el año 2020. Se contribuyó desde lo metodológico en la identificación de necesidades y oportunidades de complementación, en el análisis de los intercambios y en la aceleración de los procedimientos administrativos para llegar a las firmas, en general, descubriendo el camino institucional más corto. Se trató entonces tanto de lecciones aprendidas por el conocimiento generado en el proceso como de buenas prácticas porque se fueron encontrando soluciones puntuales en contextos específicos. También, y se verá más adelante, algunos

acuerdos fueron consideradas experiencias exitosas en la medida que dieron buenos resultados según las metas planteadas.

Se destaca como experiencia exitosa, junto con la DDS Artigas, el acuerdo y protocolo firmado en Bella Unión en mayo de 2020 para la zafra de caña de azúcar porque alcanzó varios logros: permitió continuar con una de las actividades productivas más importantes en el norte del país de la cual dependen muchas familias, permitió el ingreso en condiciones sanitarias seguras de los trabajadores provenientes del Brasil, se acordó por todas las partes -productores, trabajadores, MSP, autoridades de gobierno local- el protocolo elaborado por la DIGECOOR, con la garantía de ASSE en la realización de diagnósticos sin costos adicionales y, fundamentalmente, no se dio ningún brote de la enfermedad durante la zafra.

La participación de la DIGECOOR en el rescate humanitario del crucero australiano *Greg Mortimer* fue otra experiencia a destacar de esta dirección. El buque había zarpado de Ushuaia el 14 de marzo de 2020 con destino Las Palmas de Gran Canaria, pero ese destino cambió por completo cuando el virus SARS-CoV-2 infectó a las personas a bordo, y los países de la región cerraron sus puertos por falta de capacidad para atender la situación de 217 pasajeros y tripulación. El rescate tuvo repercusión mundial tanto por el exitoso operativo que se puso en marcha como por la posición de nuestro país guiada por el imperativo ético de proteger la salud de pasajeros y tripulantes y generar las condiciones para ello. Desde la DIGECOOR se coordinó el operativo de relevamiento y atención de todas las personas a bordo en conjunto con los ministerios del Interior, Defensa Nacional y Relaciones Exteriores, los prestadores de salud Hospital Británico y CASMU, el laboratorio ATGen, la Administración Nacional de Puertos y Aurora Expeditions, empresa dueña del crucero. Por razones sanitarias para realizar las cuarentenas en forma segura se determinó el desembarco y traslado a un hotel de Montevideo. DIGECOOR coordinó junto a Cancillería el operativo de desembarco y la logística de las cuarentenas. El operativo general del rescate culminó con la creación de un «corredor humanitario» para el traslado hacia el Aeropuerto de Carrasco y el retorno a los países de origen.

## DDS Paysandú, Río Negro

Tal y como se indicó en el capítulo correspondiente, en la frontera oeste con Argentina hubo dos temas emergentes que se resolvieron gracias al compromiso y el desarrollo de acciones novedosas. En primer término, la necesidad de no cortar la circulación de mercaderías y al mismo tiempo de controlar el aumento de casos de Covid-19. En segundo término, la atención a la problemática de los refugiados debió conjugarse con las medidas sanitarias para el control de Covid-19. Las estrategias y acciones desplegadas por las direcciones departamentales de salud de los departamentos de Paysandú y Río Negro ejemplifican la forma de afrontar los problemas relacionados con el control de Covid-19 en los territorios de frontera húmeda. Dar respuesta a estas problemáticas emergentes requirió de flexibilidad, compromiso y capacidad de coordinar acciones con múltiples instituciones por parte de los funcionarios de las DDS del litoral del país. Esta forma de trabajo se volvió evidente ante la emergencia de un brote, en el tratamiento dado a los esquiladores uruguayos que viajaron en 2020 a España, en el cuidado de los refugiados que ingresaron por los pasos de frontera del litoral del país y en las acciones desplegadas por las autoridades sanitarias y aduaneras de Uruguay y Argentina respecto del transporte de mercaderías.

## DDS Montevideo, Soriano

Los acuerdos de complementación entre el MSP, los prestadores públicos y privados para la atención integral de usuarios de los residenciales (ELEPEM) tanto de Montevideo como del interior del país es otro ejemplo de coordinación interinstitucional y de liderazgo del MSP en la gobernanza del sistema sanitario. En efecto, estos acuerdos permitieron realizar una evaluación asistencial y de la situación de riesgo de Covid-19 en residentes y funcionarios de los ELEPEM y han sido monitoreados por las DDS en cada departamento. Esta coordinación ha sido posible gracias al manejo de la información disponible en el MSP, a la utilización de herramientas informáticas para el relevamiento de información y a las capacidades existentes en las DDS que dieron una perspectiva territorial y local para las articulaciones efectivas entre los prestadores de salud. Finalmente, se considera importante destacar que, la coordinación -interinstitucional o intersectorial- entendida como espacio habilitante para la revisión diagnóstica de temas en común y el consecuente desarrollo de propuestas y acuerdos de ejecución con complementación de recursos y servicios, es una línea de trabajo a profundizar.

## DDS Lavalleja

Esta DDS desarrolló en 2020 una estrategia de trabajo basada en tres pilares: 1) la implementación de medidas de prevención y control de Covid-19; 2) la ejecución de iniciativas de promoción y prevención de salud, algunas de las cuales apuntan a mitigar los efectos secundarios más nocivos para la salud de algunas de las medidas recomendadas en el marco de la emergencia sanitaria (como el distanciamiento físico y el confinamiento); y 3) apoyo a direcciones departamentales de Salud que lo requirieron debido a la situación sanitaria emergente en sus departamentos. Se destaca el trabajo del Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED) de Lavalleja que ha multiplicado los canales de comunicación entre sus miembros para facilitar y agilizar la toma de decisiones, el desarrollo de iniciativas de promoción y prevención en conjunto con otros actores del sector salud, y el apoyo dado y recibido por parte de otras DDS para afrontar la emergencia sanitaria.

## DDS Rocha, Cerro Largo

En materia de diagnóstico de Covid-19, en marzo de 2020, en el país había sólo dos o tres centros (los cuales realizaban en forma diaria de 100 a 200 test RT PCR) lo que supuso la necesidad de establecer una red de laboratorios en distintas partes del país para dar respuesta a estos requerimientos. El desarrollo en la región este del país de centros de detección de Covid-19 permitió aumentar las capacidades existentes para realizar pruebas diagnósticas de forma de poder aislar, rastrear a los contactos y aplicar medidas de cuarentena en función de los testeos. Estas acciones pueden considerarse un ejemplo de experiencia exitosa pues permitieron alcanzar las metas perseguidas y originaron cambios en la manera de hacer que aumentaron la equidad y la eficiencia del sistema de salud mediante soluciones innovadoras e intersectoriales. Las capacidades instaladas en la región en materia de formación-investigación (CURE-Udelar), junto a una coordinación exitosa con actores públicos y privados llevaron a ampliar las posibilidades del sistema para atender las necesidades de la población de esa región.

## DDS San José

El manejo y control del brote de un jardín de preescolares en la ciudad Libertad puede ser ejemplo de buena práctica en un campo específico de competencia de la DDS de San José: la vigilancia epidemiológica, pues demostró la capacidad de respuesta de las instituciones locales y el rol activo de las autoridades sanitarias del departamento tanto en el manejo epidemiológico del brote y la conformación de equipos de trabajo *ad hoc* como en la articulación interinstitucional. En este sentido, la capacidad local de actuar frente a un brote se relaciona con dos características relativas al equipo de salud que trabaja a este nivel: su capacidad de detectar una alerta epidemiológica, a partir del sistema de vigilancia en salud pública y en la capacidad de respuesta epidemiológica, en función del nivel de organización para aplicar un abordaje sistemático del problema.(15)

En este caso se siguieron todas las etapas que requiere una investigación de brotes, esto es: 1) establecer una definición de caso, 2) confirmar que los casos sean “reales”; 3) determinar el nivel de morbilidad de la enfermedad en la población afectada; 4) encontrar casos, decidir si existe un brote y definir el alcance del brote; 5) examinar las características epidemiológicas de los casos; 6) generar hipótesis; 7) contrastar las hipótesis; 8) recoger y evaluar muestras ambientales; 9) implementar medidas de control; y 10) interactuar con la prensa e informar al público.(16)

224

## DDS Salto

La DDS Salto durante 2020 tuvo que enfrentar múltiples desafíos referentes tanto al control de la pandemia, a la continuidad de la vigilancia en salud del resto de los eventos y de la atención sanitaria en el departamento. En este sentido, se debe destacar las actividades relacionadas al control y vigilancia de las zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, como es el caso de Dengue, Leishmaniasis, Zika y Chikungunya. También el control de la frontera húmeda fue un tema que requirió especial atención por parte de la DDS. Finalmente, el control sanitario de las actividades económicas del departamento de forma tal de evitar brotes de Covid-19, pero al mismo tiempo interferir lo mínimo necesario en la vida de los ciudadanos. Se puede considerar como una experiencia exitosa de gestión el manejo de las condiciones de las aguas de los complejos termales para la reapertura ellos en julio de 2020. Este manejo implicó un trabajo interinstitucional de distintos actores presentes en el departamento como la Universidad de la República-Centro Universitario Litoral Norte (Udelar-CENUR), el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Intendencia de Salto, el Centro Comercial e Industrial de Salto y la Fundación Desarrollo Regional de Salto Grande. Se trata de una experiencia exitosa en todo su proceso, desde el planteo de la inquietud sobre la seguridad de las aguas visitadas por miles de personas todos los años, la identificación del convenio de colaboración entre actores públicos y privados como herramienta para la complementación de esfuerzos y recursos, y la obtención y difusión de resultados acordes con las metas perseguidas y de aplicación práctica inmediata por los cuales se estableció la seguridad de las aguas termales respecto a al transmisibilidad de Covid-19. A la vez, por las características y alcances del convenio realizado, excede lo que refiere estrictamente al virus SARS-CoV-2 porque se trata de un control permanente de las aguas termales y por tanto agrega el valor técnico de la calidad como forma de respuesta a la demanda y a aquellos aspectos que son sensibles a la sociedad. Desde este punto de vista además de tratarse de una experiencia exitosa se constituye en una oportunidad de desarrollo para nuevas líneas de investigación que contribuyan a la conducción de la política pública de salud en el territorio.

La elaboración de protocolos en sí significó una lección aprendida en cuanto al conocimiento generado a partir de enfrentarse a una actividad nueva que tuvo por plus comprender el funcionamiento y logística internos de entidades y servicios (como centros educativos, bancos, comercios) para realizar las medidas de control y prevención adecuadas para la pandemia.

## DDS Maldonado

Maldonado es uno de los departamentos que tiene su principal motor económico en el sector turístico, por lo que las medidas de control de Covid-19 tuvieron mucha relación con el control de actividades conexas al sector. En este sentido, se debe destacar el trabajo de control de eventos para evitar aglomeración de personas ya que las restricciones a la libre circulación afectaron fundamentalmente al turismo externo. Dos mecanismos institucionales destacan en la respuesta a la emergencia sanitaria en el departamento: el Comité de Infecciones departamental y la estructura de la red de atención primaria de salud.

El Comité de Infecciones fue un espacio de articulación y elaboración provechoso para el desarrollo de protocolos para los servicios de salud en sus diferentes funciones, cuando aún la pandemia no estaba instalada en el departamento. Este espacio también se destacó porque desde allí se llevó adelante una intensa tarea de vigilancia epidemiológica en lo que hace al rastreo y seguimiento de casos positivos y contactos, lo que orientó la toma de algunas medidas particulares como por ejemplo el cierre preventivo y de común acuerdo de comercios para controlar brotes.

Además de la coordinación a nivel de efectores de salud públicos y privados se destaca la coordinación con la Intendencia de Maldonado tanto en lo que refiere a la aceptación e implementación de los protocolos elaborados para sus servicios de salud como en lo que respecta al control y fiscalización en fiestas, cierre de playas y de ferias locales. Otros actores institucionales que se destacan son el Ministerio del Interior por su rol en el control de fiestas no autorizadas y la Prefectura en el control de la rambla y espacios costeros. A estos espacios de encuentro se suman los mantenidos con actores de la industria y el comercio.

Las características propias de la composición de la población ante una situación de pandemia, tanto en lo que hace a la diversidad cultural interna como a la gran movilidad que tiene el departamento, les significaron a la DDS Maldonado el desafío de abordar el control y vigilancia epidemiológicos desde contingencias particulares que llevó a adquirir conocimientos útiles sobre estas contingencias incluso más allá de la situación pandémica.

Finalmente, desde esta DDS se destaca el plan de vacunación antigripal que previó cambios para ajustarse a las medidas de control y prevención del SARS-CoV-2.

## DDS Canelones, Tacuarembó, Treinta y Tres

La implementación de medidas de control de Covid-19 manteniendo activa las principales fuentes productivas del país requirió coordinación y esfuerzo conjunto de distintas instituciones estatales y de la sociedad civil. Los ejemplos de Canelones, Tacuarembó y Treinta y Tres ilustran los desafíos enfrentados en aquellos centros de trabajo con gran cantidad de trabajadores, como la industria cárnica en Canelones, y aún más en aquellos lugares donde trabajan personas que se

trasladan semanalmente desde distintos puntos del país e incluso desde el exterior, como es el caso de la construcción de una planta de pasta de celulosa en Durazno, muy cerca de Tacuarembó, y de una cementera en Treinta y Tres. Las direcciones departamentales de Salud de estos departamentos desarrollaron el control, seguimiento y vigilancia epidemiológica de la Covid-19 en los emprendimientos productivos enmarcados en la actividad del Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASSAT), órgano que desarrolló protocolos de prevención, control y actuación. En Tacuarembó, la Unidad de Epidemiología de la DDS trabajó conjuntamente con el equipo de salud ocupacional de UPM II para desarrollar una herramienta para el reporte y seguimiento tanto de los casos positivos como de los contactos directos. Esta herramienta, en formato planilla electrónica, recoge los datos de cada caso positivo y de los contactos directos agrupados según sean personas que compartieron el transporte hacia o desde la planta, o convivientes con el caso positivo o compañeros del área de trabajo (cuadrillas). En Treinta y Tres, la cantidad de trabajadores de origen brasileño que se trasladaron a trabajar en la cementera implicó que se implementaran corredores sanitarios, fletaran ómnibus y, con estrictos protocolos, fueron acompañados durante todo su trayecto hasta los lugares donde realizaron las cuarentenas. La DDS Treinta y Tres, con el apoyo de la Intendencia y del Ministerio del Interior, estableció un sistema para poder controlar el cumplimiento de los protocolos, de los hisopados y la evolución del contingente de brasileños que llegaron. En Canelones, la DDS se encargó de informar y controlar las recomendaciones sanitarias para la industria frigorífica y demás ramas de la industria cárnica que se emitieron gracias al aporte de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP, de la Facultad de Medicina y la Sociedad de Médicos del Trabajo del Uruguay y el aval del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca (MGAP), del Instituto Nacional de Carnes (INAC) y del MTSS.

## DDS Flores, Florida

Los departamentos del centro de nuestro país tuvieron la particularidad de un arribo tardío del virus SARS-CoV-2. La casi inexistencia de casos positivos posibilitó en el año 2020 que las direcciones departamentales de Salud hicieran énfasis en las Funciones Esenciales de Salud Pública. La articulación interinstitucional e intersectorial de políticas públicas, al igual que en el resto de los departamentos del país, fue factor clave para poner en práctica planes de contingencia para Covid-19.

En este sentido, destaca la existencia en cada departamento de un subsistema de emergencias compuesto por un Comité Departamental de Emergencias (CDE) responsable de la formulación de políticas y estrategias de gestión del riesgo, y un Centro Coordinador de Emergencias Departamental (CECOED). La DDS Flores se enfocó en la concientización de la comunidad para mantener hábitos saludables y en las medidas para evitar la enfermedad. Una de las herramientas de promoción de la salud mental que produjo la DDS Flores y que fue más que propicia en el contexto de la emergencia sanitaria por las condiciones de exigencia y estrés del personal de la salud fue la *Guía departamental de promoción del autocuidado y prevención del síndrome de Burnout*.

La DDS Florida puso el énfasis en el trabajo de fiscalización, inspección, entrega de protocolos, asesoramiento a instituciones que forman parte del Comité Departamental de Emergencias, y en la consideración en particular de las poblaciones vulnerables, como las que residen en los Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM).

## DDS Artigas, Rivera

Los departamentos de frontera seca tienen como característica central la movilidad transfronteriza continua por motivos laborales, educativos, culturales, de acceso a servicios de salud y comerciales, que impacta fuertemente en el estilo de vida y las costumbres de sus habitantes. Por lo que las herramientas para el combate a Covid-19 necesariamente debieron tener presente este aspecto binacional. La firma del acuerdo entre las delegaciones de Uruguay y Brasil en el marco de la Segunda Reunión Extraordinaria del Subcomité de Cooperación en Materia de Salud del Comité de Frontera Quaraí-Artigas, se puede identificar como una buena práctica en este sentido. El acuerdo incluye una vasta serie de medidas de control sanitario y epidemiológico de tipo «espejo» en las ciudades gemelas. En la frontera Santana do Livramento- Rivera se destaca el acuerdo firmado el 26 de junio de 2020 que permitió una comunicación fluida en relación con la situación sanitaria de ambas ciudades por medio de los referentes epidemiológicos, misma metodología de rastreo y mismo método de diagnóstico. En materia de coordinación intersectorial e interinstitucional se debe destacar dos iniciativas en Rivera y en Artigas que bien pueden rotularse de experiencias exitosas. En efecto, para conocer las características y la evolución de la enfermedad en 2020, el MSP y la DDS Rivera, investigadores del Institut Pasteur de Montevideo y la Facultad de Medicina de la Udelar impulsaron un estudio con el objetivo de medir la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 en personal de salud -luego extendido a la población de Rivera-, estimar la proporción de infecciones asintomáticas y sintomáticas, e identificar factores asociados con la presencia de anticuerpos. En Artigas, departamento donde la producción de azúcar es tradicional, la zafra de la caña de azúcar 2020 se presentó como un desafío para todas las partes involucradas, resuelto de forma exitosa con el acuerdo firmado en Bella Unión el 6 de mayo de 2020 entre el MSP, la Asociación de Plantadores de Caña de Azúcar del Norte Uruguayo (APCANU) y la Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (UTAA).

227

## DDS Colonia, Durazno

Colonia y Durazno comparten la experiencia exitosa respecto de la instalación de centros de contingencia Covid-19, dispositivos pensados para alojar y brindar atención integral a personas que por alguna razón no puedan realizar la cuarentena vinculada a esta enfermedad en las condiciones necesarias. En Colonia se instalaron tres centros de corta estadía, se firmaron dos comodatos para el uso de las instalaciones y se generaron acuerdos y coordinaciones para el funcionamiento. El punto de partida que originó la necesidad de centros de contingencia en ambos departamentos fue la situación de residentes en los ELEPEM y personas que ingresan al país desde el extranjero, como transportistas de carga y trabajadores zafrales que llegan desde otros países. Tener identificados y gestionados los lugares para centros de contingencia cuando aún no eran estrictamente necesarios fue un logro de la planificación sanitaria que permitió enfrentar con eficacia situaciones imprevistas. En ambas experiencias se destaca el trabajo conjunto en el CECOED para generar acuerdos y coordinaciones con diferentes instituciones para cubrir las necesidades de funcionamiento.

## Cuadro resumen de experiencias

	Lecciones aprendidas	Buenas prácticas	Experiencias exitosas	Oportunidades de desarrollo
<b>INTERINSTITUCIONALIDAD</b> (Trabajar con otros, hacer con otros, participar)	En Florida: CECOED e identificación de centros de contingencia.	En Paysandú y en Río Negro: protección de la salud de refugiados.	En DIGECOOR: rescate humanitario del Greg Mortiner. En Durazno: CECOED. En Rivera: estudio de seroprevalencia en personal de la salud.	
<b>COMPLEMENTACIÓN</b> (convenios firmados, acuerdos firmados o no, actas binacionales)		En Artigas y en Rivera: acuerdos binacionales para ciudades gemelas. En Paysandú, Salto y Río Negro: control y seguimiento transfronterizo del transporte de carga.	En Salto: convenio de colaboración público-privado para estudio de aguas subterráneas, efluentes de piscinas termales y aguas residuales de las zonas termales, tanto en centros públicos como privados. En Rocha y en Cerro Largo: laboratorios diagnóstico Covid-19.	En Montevideo y Soriano: procedimiento de atención en ELEPEM.
<b>ACTIVIDADES PROPIAS</b> (procesos de trabajo, rastreo, seguimiento, organización interna)	En Salto: Elaboración y revisión de protocolos. En Canelones, Tacuarembó y Treinta y Tres: vigilancia epidemiológica en grandes centros productivos.	En San José: manejo y control de brote en jardín de preescolares. En Florida: fiscalización, protocolos y asesoramiento para poblaciones vulnerables y centros educativos.	En Flores: <i>Guía departamental de promoción del autocuidado y prevención del síndrome de Burnout.</i>	En Lavalleja: apoyo interdepartamental.
<b>GOBERNANZA</b> (conducción de la política pública de salud)	En Maldonado: cultura de la población.	En Maldonado: vacunación antigripal.	En DIGECOOR y Artigas: zafra de la caña de azúcar. En Maldonado: Comité de Infecciones. En Colonia y Durazno: instalación de centros de contingencia.	

Fuente: elaboración propia.



Equipo de gestión de la DIGECOOR Central.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Metodologías de la OPS/OMS para el intercambio de información y gestión de conocimiento en salud. Documentar lecciones aprendidas. 2018; Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34998/Leccionesaprendidas2015\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34998/Leccionesaprendidas2015_spa.pdf)
2. Banco Interamericano de Desarrollo. Cómo documentar lecciones aprendidas. Mejorando vidas [blog]. 2015 Jun 15; Available from: <https://blogs.iadb.org/conocimiento-abierto/es/como-documentar-lecciones-aprendidas/>
3. Comino López, M. Método para la elaboración de lecciones aprendidas. Madrid: Project Management Institute. 2017; Available from: <https://pmi-mad.org/socios/articulos-direccion-proyectos/1482-metodo-para-la-elaboracion-de-lecciones-aprendidas>
4. Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento en VIH. Marco conceptual sobre prácticas y lecciones aprendidas en VIH. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2863.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para África. Guía para identificar y documentar mejores prácticas en los programas de planificación familiar. 2017; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259378/9789290341185-spa.pdf;jsessionid=5698CA772A161DE57BB9A324F4A90BD0?sequence=1>
6. Zárraga, P. 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Caracas: Fundación Polar. 2001; Available from: [https://bibliofep.fundacionempresasolar.org/media/1378134/06-20expersalud\\_libro.pdf](https://bibliofep.fundacionempresasolar.org/media/1378134/06-20expersalud_libro.pdf)
7. Gómez-Mejía, L. R., Balkin, D. y Cardy, R. Gestión de recursos humanos. Madrid: Pearson Educación S.A. 2002; Available from: [https://www.academia.edu/36498256/Gómez\\_Mejia\\_L\\_et\\_al\\_Dirección\\_y\\_Gestion\\_de\\_Recursos\\_Humanos?auto=download](https://www.academia.edu/36498256/Gómez_Mejia_L_et_al_Dirección_y_Gestion_de_Recursos_Humanos?auto=download)
8. Rondinelli, D. Parallel and Partnership Approaches to Decentralized Governance: Experience in Weak States. En Shabbir Cheema, G. y Rondinelli, D, Decentralizing Governance. Emerging Concepts and Practices. Harrisonburg, Ash Institute for Democratic Governance and Innova. 2007.
9. Mayntz, R. New challenges to governance theory. En Governance as Social and Political Communication. Manchester: Manchester University Press. 2003.
10. Rhodes, R. Governance and Public Administration. En Debating Governance. Authority, Steering, and Democracy. Nueva York: Oxford University Press. 2000.
11. Hirst, P. Democracy and governance. En Pierre, J., Debating Governance, (13-35). Oxford: University Press. 2000.
12. Pierre, J. Conclusions: Governance beyond State Strength. En Debating Governance. Authority, Steering, and Democracy. Nueva York: Oxford University Press. 2000.
13. Hufty, M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Salud Pública [Internet]. 2010;1(12):39-61. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12suppl1/39-61/es>
14. Duque Daza, J. El desafío de la interinstitucionalidad como estrategia de gestión en programas de formación avanzada. Uni-Pluri/Versidad. Universidad de Antioquía. 2011;3(11). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/unip/issue/view/3720>
15. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2.º edición. Washington D.C.: OPS. 2011.

16. Reingold, AL. Investigación de brotes: una perspectiva. En Emerging Infectious Diseases. Universidad de California, Berkeley. 1998;1(4).



# Anexos

# Anexo 1

## Saludable anecdotario

La pandemia por Covid-19 en nuestro país se constituyó en un hecho sin precedentes por su magnitud, sus impactos en lo social y económico y los desafíos que impuso al personal de la salud. La articulación intersectorial e interinstitucional adquirió mayor relevancia como herramienta de acción conjunta de las políticas públicas en la emergencia sanitaria. El aislamiento por cuarentenas, el encierro, la soledad y estar lejos de seres queridos son otro factor de impacto a estudiar que fundamentan líneas de investigación sobre salud mental de la población.

En las páginas anteriores hemos hablado de muchos de estos temas a partir de las experiencias de las direcciones departamentales de Salud (DDS), que son las unidades organizativas de la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) del Ministerio de Salud Pública (MSP) encargadas de territorializar la política pública de salud.

Una de las características de la adversidad es que fortalece la capacidad de respuesta de las personas y permite actuar con optimismo y esperanza y ensayar soluciones creativas no exentas del color de la cultura organizacional y local.

Por eso en esta sección se incluyen las experiencias de las DDS desde otro lugar, desde el lugar de la anécdota. Así, directores departamentales de Salud e integrantes de los equipos de las DDS narran algunas anécdotas de su trabajo en las que, entre sonrisas y emoción, emerge la solidaridad, el compromiso y el esfuerzo.

### Perdido en el estacionamiento

En Montevideo las instalaciones del Estadio Charrúa y el Hotel Regency se utilizaron como centro para hospedar a personas que no tenían las condiciones para cumplir el aislamiento. A la vez, el Hospital Español fue el lugar de internación y tratamiento para casos Covid-19. Los transportistas de carga extranjeros (camioneros) que llegaron a nuestro país pusieron a prueba el protocolo de actuación en distintos puntos; Montevideo no fue la excepción y así lo cuenta el director departamental de Salud:

«Lo que me pasó con los camioneros fue lo más complicado».

¿Por qué eso fue lo más complicado acá?

«Sí, claro, porque vienen, entran a la frontera, se hisopan y cuando son positivos ya están acá en Montevideo, los paraguayos, por ejemplo. No son positivos allá, son positivos en Montevideo. Si los argentinos son positivos, los mandan para atrás igual, los brasileños los mandan para atrás, pero los paraguayos, si son positivos no van para atrás porque tienen que pasar por Argentina. Entonces me pasó con uno que lo fuimos a buscar y se escondió. Ellos te mandan la ubicación, yo le mando la ambulancia, si tiene síntomas van al Español, al hospital, si no tiene síntomas van al Charrúa o al hotel Regency. Pero bueno, uno se escondió y dije “este no me va a embromar”. Como fue a un estacionamiento, llamé a la policía, cerramos el estacionamiento, y dijimos “de acá no sale nadie hasta que aparezca el paraguayo”. Y todo el mundo se puso a pelear porque

querían salir del estacionamiento y yo dije “cuando me entreguen al paraguayo”».

¿Y apareció el paraguayo?

«Y claro, eso fue en el principio, porque después los tipos, inteligentes, se venían con el bolsito porque sabían que si eran positivos iban al Charrúa, al Español no querían ir porque es más hospital, se venían con el bolsito, tenían wifi, 10 días de vacaciones, de descanso, tranquilo».

### Los mochileros alemanes y otro camionero paraguayo

En Soriano, como en todos los departamentos, se dieron situaciones diversas, -unas inéditas, otras imprevistas- que se procesaron con un justo equilibrio entre el apego estricto a los protocolos sanitarios, la vida cotidiana y las manifestaciones de solidaridad desde el momento en que cayó aquella “bomba” del primer caso en el departamento, importado de Europa.

«Se han dado muchas situaciones, qué sé yo... varias, porque al principio, como te decía, éramos pocos funcionarios, 24 horas, siete días a la semana. Recuerdo dos que capaz la segunda te la puede contar mejor Mariela. Una situación fue antes del cierre de las fronteras. Habían venido unas personas de la Argentina, unos muchachos alemanes, de esa gente que anda recorriendo el mundo de mochileros, y habían pedido el permiso para estar acá en Soriano y bueno se les dio el lugar de camping. Y claro, a los dos días se cerró la frontera y cada persona que venía del extranjero o de zonas que tenían Covid tenía que ser testeada, tenía que ser cuarentenada y bueno, ellos cumplían con todas las condiciones porque teníamos Alemania en aquel momento, Italia y España, devastadas. Ellos se tomaron un avión, vinieron a Argentina, bajaron en Argentina, y Argentina era un reguero de pólvora con el tema de la pandemia, y vinieron desde Buenos Aires a dedo, entraron por el puente... posterior a eso se cerró. Se coordinó enseguida con la intendencia, con el comité de emergencia, se le dio la asistencia médica por parte de la RAP y del personal médico de la intendencia. El alimento se les llevaba por medio de la Intendencia y del INDA [Instituto Nacional de Alimentación]. Estuvieron 14 días...[cuando terminó la cuarentena era todo jolgorio! Y ellos querían irse para lo de unos familiares que tenían en Piriápolis. Y bueno, la intendencia dispuso de un vehículo, se los acomodó en ese vehículo y se los trasladó desde el lugar donde estaban al lugar a donde iban a permanecer, con los hisopados negativos correspondientes».

Mariela Guerein recuerda otra de las situaciones para el anecdotario pandémico, vinculada con el primer caso positivo que hubo en el departamento con relación al transporte de carga.

«Era un sábado de tarde, y el doctor me llama como a la una o dos y media de la tarde y me dice: “Mariela, mirá, tengo un camionero positivo y está en Santa Catalina y es paraguayo, y tenemos que darle alojamiento en el departamento, está en Soriano”. Lo fui a buscar por la casa y de ahí nos fuimos a Santa Catalina, y de ahí el camionero se vino escoltado con policías, caminera, hasta la caminera acá cerca de Mercedes. Se habló con él, con el equipo de protección, todos

protegidos, y se coordinó con el doctor y por medio del CECOED dónde se iba a alojar acá en Soriano, Mercedes, y se coordinó acá en el velódromo para dejarlo alojado allí. Se coordinó todo, alimento, toda la infraestructura. Tenía su cama, su aire acondicionado, su televisor, su microondas... y él se dejó el camión en la caminera acá, a 5 kilómetros de Mercedes... y ahí también fue una ambulancia, con todas las medidas de protección correspondientes, de ASSE Mercedes... se coordinó con el director de ASSE que lo fueran a buscar y ahí vinimos a traerlo al velódromo donde permaneció 14 días el señor. Todo el día tenía comunicación, atención médica, se le llevaba la comida... de mañana y de tarde nos comunicábamos con él. Él muy agradecido. Un día estaba en casa un sábado de tarde y le digo: "¿Cómo estás?" Me dice: "Ahh... ¿no me podrías traer otra comida? Estoy medio pasado de tuco". [risas] Y le digo: "Pará que yo termino de comer y te apronto una vianda y te llevo". Estaba comiendo asado yo, me acuerdo. Le apronté un asado con ensalada, todo, y le pregunto: "¿Querés que te lleve alguna bebida para tomar o algo?". Y dice: "Ahh una gaseosa". Y ahí agarré una de mi madre y la llevé. Y el barrio muy agradecido también con él y le ponían carteles y le llevaban torta fritas de tarde, el hombre muy educado siempre. Le decíamos "no podés salir de acá" y cuando le llevábamos las cosas permanecía a distancia, nos abría la puerta y nosotros le dejábamos las cosas en la puerta. Después cuando se le dio el alta a los 14 días, se coordinó nuevamente, todos lo llevamos a la caminera, a la camioneta de la departamental del ministerio con mi compañera y con el doctor también... y ahí se fue para su domicilio, donde hasta ahora nos manda mensajes agradeciendo a Uruguay y a toda la atención que le dimos. Cuando llegó a Paraguay nos mandó un mensaje, un video de cómo lo recibió la familia. Recuerdo también [dice Saráchaga] que un día el hombre dice: "¡Pah!, con lo que me gusta la fruta ¡y no poder! Además tengo plata paraguaya, ¡no tengo ni un peso! ¡Nooo, pero no puedo salir ni a comprar fruta!". Entonces fuimos a hablar con el dueño de una verdulería muy conocida acá en Mercedes, y nos donó un montón de fruta que le llevamos y el tipo muy agradecido. Y después lo que nos decía cuando se fue, porque hasta el comité de emergencia, por medio de la intendencia, le consiguió una línea de teléfono para que estuviéramos conectados permanentemente, nos decía: "Pah, yo les agradezco muchísimo, yo me quedaría unos días más, pero no sé si voy a entrar en la ropa"... porque dice que se pesó y terminó engordando como 6, 7 kilos. "¡Nunca había comida tanta cosa rica!"».

El doctor Saráchaga remata la historia del camionero paraguayo con una reflexión:

«(...) tenemos que aprender a convivir, que puede haber Covid en una ciudad grande como Montevideo y en un pueblo chico como Risso, Santa Catalina, Egaña, Colonia Concordia o en cualquier rincón del país, digo, no estamos libres de contagiarnos porque pasa. Y lo que tiene que entender la gente es que estigmatizar no está bien, no es la conducta adecuada, y señalar con la mano tampoco porque esto no es una cacería de brujas. No se contagia el que se le antoja contagiarse, sino el que desgraciadamente se contagia».

## Las encomiendas

Hasta que todo el proceso de diagnóstico de Covid-19 se completó en el propio departamento de Cerro Largo, el personal de la DDS montó sendos operativos para la recolección, envío y procesamiento de muestras que incluyeron mucho de coordinación y mucho de buena voluntad y proactividad. Dice Mariela Anchén:

«(...) íbamos allá a Río Branco, se tomaban las muestras incluso en más de una oportunidad nosotras con Liliana y Julio, que está presente, si no el otro chofer íbamos a los domicilios, tomábamos las muestras nosotros de los positivos y los convivientes y el equipo de ASSE y de CAMCEL iba a los contactos, tomaban las muestras, lo que se hacía era se juntaban las dos muestras tanto las de ASSE como de CAMCEL y nosotros mandábamos por ómnibus que salía a las tres de la mañana de Río Branco, llegaba a las nueve a Montevideo, a Tres Cruces, y ahí en un principio nosotros mandábamos que la empresa lo entregara como una encomienda.

Eso nos traía dificultades porque si bien pedíamos prioridad porque eran para el laboratorio (...) te llamaban del laboratorio y te decían “la muestra no llegó” y entonces era un nerviosismo (...) en un momento nos vieron tan desesperados que un día nos dicen los de ATGen “nosotros tenemos un cadete” y ahí bueno, ya la noche anterior yo le decía Sofía “van tantas muestras, salen en el ómnibus de las tres de la mañana” y ellos ya sabían e iban a buscar directo (...) se nos complicaba los domingos porque los domingos la terminal de la parte de encomiendas estaba cerrada y teníamos que coordinar con alguien que fuera a Montevideo y nos llevara las muestras o de lo contrario hablar con el chofer y el guarda del ómnibus y decirles va a ir “x” persona que generalmente era alguien de Río Branco.

(...) en Fraile Muerto dependíamos de la ambulancia o de alguien que nos trajera [las muestras], tan es así que un sábado el chofer de la ambulancia estaba cuarentenado, lo habían cuarentenado, no había quien trajera... y sabés que le digo a mi marido “aprontá el mate que vamos a ir a Fraile Muerto” y ¡mi marido pensó que íbamos de paseo! y cuando llegamos a CAMCEL me dice: “¿qué estás haciendo?”. “Yo quiero controlar algo”, le digo. Mentira, era que yo iba a buscar la caja pero no le había dicho nada, bueno cuando me ve salir con la caja me dice: “¡ya me parecía tan bondadosa que venías a tomar mate!”. Habíamos ido a buscar la caja, la gente venía con un nivel de trabajo, tenía que llamar al chofer, cortarle un día que tenía... así que nos ventilamos y trajimos la caja».

## Fiscalizadores

Educar, promover salud y fiscalizar fueron las tres actividades principales que llevó a cabo la DDS Flores en 2020 para prevenir y controlar la Covid-19. La emergencia no tiene días y horarios y en torno a ella las autoridades locales adoptan roles sorprendidos y novedosos.

«Como anécdota, quizás una cosa que llamó la atención, capaz que es algo medio personal pero ver al intendente y al director de salud fiscalizando en diferentes lugares llamaba la atención. Fiscalizamos ferias, criollas, en la noche de la nostalgia salimos a fiscalizar de noche, estábamos motivados por todo el tema de que había que tratar de que

no subieran los casos en Flores y bueno, si bien no éramos parte del equipo fiscalizador propiamente dicho, salíamos a fiscalizar igual, para algunos resultó raro ver que las autoridades anduvieran fiscalizando».

¿Qué les decía la gente?

«Y bueno, en realidad no podían creer que estuviéramos nosotros fiscalizando. En algunos lugares a los que íbamos nos daban el micrófono y nosotros lo único que decíamos eran las medidas de prevención, porque no hablábamos de otra cosa».

### El mientras tanto

En Florida el primer caso positivo Covid-19 ocurrió cinco meses después de los primeros dos casos en el país. La llegada tardía del virus generó satisfacción pero también cierta ansiedad sobre el cuándo y el cómo. Y también algunas explicaciones basadas en la fe religiosa puesta en el santo patrono San Cono, cuyas celebraciones se llevan a cabo cada 3 de junio (pero no en 2020) con miles de fieles que acuden a la ciudad de Florida desde distintos puntos del país para rezar, pedir o agradecer favores y caminar en la procesión por las calles de la ciudad. La directora departamental de Salud de Florida recuerda:

«La realidad es así, seamos sinceros, la verdad creo que mucha gente no vio nada de lo que estuvimos contando antes en la entrevista y ¡se lo atribuyeron a San Cono!»

¿Cómo vivieron aquí el hecho de la existencia de muchos casos en otros departamentos y ninguno en el de ustedes?

«El hecho de no tener casos nos permitió cierta elasticidad en el tema de las actividades, después que apareció el primer caso, creo que Mariángel va a estar de acuerdo, nos bajó un poco la ansiedad porque el hecho de no tener casos nos generaba muchas expectativas en la prensa, en los vecinos, en los compañeros de trabajo. Decían: “hay casos o no hay casos?”, “¿hay sospechosos o no hay sospechosos?”. Y a veces la prensa te preguntaba: “¿hay un sospechoso en Florida?” y uno pensaba... ¡para nosotros hay 20.000 sospechosos en Florida! Pero eran sospechosos y no eran casos... Cuando apareció el primer caso dijimos: “bueno, ya tenemos el primer caso, ya estamos igual que el resto, ya no somos el único departamento”. Y bueno, se hizo todo lo que se tenía que hacer y aplicamos los protocolos que estaban escritos con respecto a la búsqueda que hasta entonces no habíamos podido aplicar ».

### Escucha y contención

En Durazno, los brotes en dos ELEPEM originó el traslado de residentes al centro de contingencia instalado en la Casa de los Deportes de la Intendencia Departamental. Vanessa Alonzo, referente epidemiológica de la DDS Durazno recuerda al respecto:

«(...) me acuerdo, y era una de las personas que nos llamaba continuamente, de la dueña del ELEPEM, muy triste por todo lo que pasaba y lo vivíamos con ella, tratábamos de estar, bueno, hasta le ayudamos a buscar gente, quien podía trabajar con ella, llamábamos a

Montevideo para ver personal para trabajar. Eso fue una de las cosas que nos llegó al corazón, verdad, de ver toda esta gente que se tenía que ir para los centros de contingencia y no se podía estar con ellos, te daba tristeza esas separaciones. Yo tuve un compañero de clase de hace años, que hacía muchos años no nos veíamos, y él me llama porque la mamá estaba internada. Me contó lo feo porque no la podían ver, él vino de otro país a estar con ella, y ella justo... entonces esto fue muy triste. Uno aparte del trabajo tenía que contener, como en Durazno somos un pueblo, una ciudad chica, todos nos conocemos, y como estamos en esto, nos llamaban y nos decían: “mirá me pasa esto, me paso lo otro”. Todas estas cosas las absorbemos nosotros».

### Como de la familia

Una de las cosas positivas que deja la pandemia por Covid-19 en el Uruguay refiere a las múltiples expresiones de solidaridad con las personas que lejos de sus hogares y familias realizaron el aislamiento o cursaron la enfermedad en algún lugar de nuestro país. Por el puente internacional sobre la represa de Salto Grande pasan semanalmente cientos de camiones con diversos destinos en nuestro territorio. Recuerda la doctora Rosa Blanco, de la DDS Salto:

«Hay algunas historias increíbles. Hay una persona que vive en otro departamento, y se enteró por la prensa que acá había un transportista y actuó durante ese mes como un familiar... quería venir a verlo... no lo dejamos por supuesto... pero estuvo todo el tiempo en comunicación con nosotros como si fuera realmente un familiar. Llamaba para ver cómo estaba. Y la única historia que lo relacionaba era que él en su familia, él no era camionero, pero en su familia todos eran camioneros. Él había perdido a su padre muy joven en un accidente de tránsito, y se imaginaba la situación de su familia, y se imaginaba la situación del propio paciente solo... y actuó realmente como un familiar... él y su esposa. Llegó un momento en el que pusimos en comunicación a las dos familias, cuando el paciente lamentablemente falleció, tuvieron la compañía de esa familia. Sería bueno que en algún momento alguien se acercara a esta gente que es de Young, y les contara lo que fue todo ese encuentro de las dos familias, toda la compañía que se hicieron unos a los otros...»

Y cómo se contuvieron, ¿no?

«La contención, la compañía... finalmente se llevaron un árbol de acá, para después... las cenizas... allá, como representado en ese árbol lo que pasó en Uruguay... ¡fue increíble eso! Esa fue una historia increíble. Hay miles de historias, se imaginarán. El tema de los camioneros fue algo totalmente sacado de todo lo posible, de todo lo imaginable, porque esta persona estaba angustiada realmente como si fuera un familiar que lo conoce de toda la vida. Y bueno fueron dos familias que quedaron apoyadas en contacto, que se acompañaron en momentos muy duros. Y después todo el tema de entender cuál era la dinámica de una persona que viviendo en otro país, transita por varios países, tiene hábitos particulares. Había que tratarlos como un binomio, el camionero y su camión son un binomio... ¿qué dejo?, ¿qué me llevo?, ¿qué le va a pasar al camión?, ¿quién se lo lleva?, ¿quién lo limpia? Eran cosas que tuvimos que ir resolviendo, desde el detalle más sencillo... ¿A quién le dejábamos la llave?».

Y sin perder la empatía.

«Contener a una persona que de repente quedaba aislada en un país ajeno, en una situación de salud comprometida, más allá de ese camionero, no tuvimos ninguna situación grave. Y tratar de que la población entendiera que había que asistirlos, de que ese apoyo humanitario era parte de la tarea en esta pandemia. A veces se hablaba con la familia, y bueno, a lo largo de todo el país fueron apareciendo lugares donde había que tener medio previsto para que esta gente pudiera cumplir sus días de cuarentena y volver a su país, sin perder su trabajo, sin perder su salud y sabiendo que acá era humanamente tratado».

## Reinventarse

Los espacios virtuales durante la pandemia se impusieron como vía privilegiada para la comunicación. Si la palabra protocolo fue una de las más dichas durante 2020, no le fue en zaga *zoom* como forma genérica de nombrar a cualquier tecnología de la información y la comunicación para el contacto sincrónico entre personas. Alicia Mariezcurrena y Sandra Almirón del equipo de la DDS Canelones recuerdan algunas experiencias del mundo virtual en el trabajo de promoción y prevención con las plantas frigoríficas del departamento.

[Alicia Mariezcurrena] «Citábamos a los encargados de recursos humanos y el hecho de poder hacer conferencias de 30 a 40 personas por zoom, organizar eso, además de ser un desafío, fueron caóticos. Que se te cortaba el zoom a los 45 minutos porque te pasabas del tiempo gratis y volver a conectar, gestionar todo y que la gente no se te fuera, no sé, a mí me parece que fue lo más... no sé Sandra si vos tenés alguna otra anécdota...»

[Sandra Almirón] «No, no en particular, no sabría decir... creo que eso es algo que nos atravesaba a todos. Como organismo, hay algunas cosas que uno está acostumbrado a hacer como organismo rector fiscalizador, actuar de una determinada manera frente a lo que sucede y ahora estamos sujetos y demos gracias que tenemos a la tecnología porque si no sería imposible poder abordar el tema, tener la cercanía a través de los aparatos, si no, sería imposible».

[Alicia Mariezcurrena] «Yo creo que la reflexión que nos merece fue que, además de la pandemia, tuvimos que adecuarnos a trabajar en pandemia, entonces no solamente todo el efecto que sí produjo en cada trabajador, como persona, como ser humano que estaba viviendo una pandemia mundial que nos tomó totalmente por sorpresa y encima todos los cambios laborales que se agregaron ¿no? Un desafío extra porque si bien como decía Sandra nosotros somos fiscalizadores no podemos ir al lugar y ¿cómo fiscalizas? Reinvéntate, organizate de tal manera que puedas hacer algo que lo tenés que hacer presencial, de forma hasta virtual y en reuniones ¿no? por whatsapp, con videollamadas... desde el Ministerio de Trabajo «mostrame tal cosa» y la persona con el teléfono te va mostrando...».

## La bicicleta

Muchas personas que están en busca de un nuevo hogar viajan por los territorios acompañados de objetos que, por alguna razón afectiva u operativa, son muy difíciles de desprender durante la travesía. Desde Artigas, el director departamental de Salud recuerda una anécdota que utilizó recursos en forma justificada ante una situación que bien puede calificarse de extrema.

«Había que llevar un repatriado a Mercedes, Soriano, y no había vehículo en qué llevarlo. El señor andaba con su bicicleta y no había forma de que se desprendiera de ella, bajo ningún concepto. Y bueno, nosotros teníamos que sacarlo de Bella Unión y lograr que llegara a su casa para hacer la cuarentena. Coordinamos con ASSE para llevarlo en ambulancia. Lo llevaron al señor en ambulancia y con su bicicleta. Obviamente después respondimos ante ASSE, por la forma en que transportaron a esa persona, pero había que llevarlo de alguna forma así que llegó a Soriano en ambulancia y con bicicleta».

# Anexo 2

## Pauta la realización de entrevistas con las DDS Sobre investigación cualitativa y la entrevista como técnica

### 1. El saber cualitativo<sup>1</sup>

#### 1.1. La comprensión como principio del saber cualitativo

El principio del saber cualitativo es el de comprender lo que dice el otro, requiere de un esfuerzo primero de escucha y luego de interpretación de los sentidos y significados que surgen en la conversación. Si la ley del conocimiento cuantitativo podía describirse en la doble medida de lo numerable en lo numeroso, en el caso del conocimiento cualitativo puede encontrarse en la observación de “objetos” codificados, que por lo mismo hay que “traducir”.

El enfoque cualitativo -por ejemplo, mediante grupos de conversación, entrevistas, testimonios y en general documentos- es exclusivo del orden social y, por lo mismo, no cabe encontrar antecedentes en las ciencias naturales y sus modelos del saber metódico. En cambio, ha de formularse completamente en sus bases y criterios de validación.

Si el investigador cuantitativo puede asignar números, *el investigador cualitativo se mueve en el orden de los significados y sus reglas de significación*: los códigos y los documentos, o significaciones. Metodológicamente, el punto es *cómo posibilitar una reproducción de la comunidad o colectivo de hablantes de una lengua común para su análisis y comprensión*. Ya sea como habla entrevistada en profundidad, o como habla grupal, o como habla grupal focalizada, como autobiografía o como testimonio, siempre se trata de alcanzar la estructura de la observación del otro, su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes.

Así se representa, o conoce, a la sociedad como códigos que regulan la significación, que circulan o se comparten en redes intersubjetivas. Ni variables ni individuos: el objeto es complejo, pues articula un plano manifiesto y uno generador, mientras que el individuo está estructuralmente articulado con otros, e internamente articulado como “totalidad”.

El enfoque cualitativo se caracteriza por su *apertura al enfoque del investigado*. Todas las técnicas cualitativas trabajan en ese mismo lugar con disposición a *observar el esquema observador del investigado*. Por ello rehúyen la pregunta, y no pueden trabajar con respuestas. En cada caso, se trata de un intento de “comprensión” del otro, lo que implica no su medida respecto a la vara del investigador, sino propiamente la vara de medida que le es propia y lo constituye.

*El conocimiento cuantitativo opera como habla-investigadora, y mide su distribución como escucha-investigada. El conocimiento cualitativo opera como escucha investigadora del habla investigada.*

<sup>1</sup> Extractado de Canales Cerón, M. (coordinador). Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. 1era. Edición. Santiago (Chile): Lom Ediciones, 2006.

La disposición como escucha de la instancia investigadora posibilita la manifestación como habla de la instancia investigada. Lo que emerge allí es una estructura, un ordenamiento, una estabilidad reconocible de lo social.

El orden interno del objeto, su complejidad, como es característico de los hechos culturales y del sentido, implica una disposición observadora de esquemas observadores y no de observaciones en sí mismas. Aquella es precisamente la información cualitativa: una que describe el orden de significación, la perspectiva y la visión del investigado. Reconstruye el esquema observador que da cuenta de sus observaciones. La realidad se ordena desde dentro.

## 1.2. Los instrumentos del modelo cualitativo

Por definición, los instrumentos cualitativos tienden a la apertura, en el sentido de no regularse por cuestionarios en general y por cuestionarios con selección de alternativas en particular.

El hecho esencial está en la codificación o complejidad del objeto, que le hace refractario a cualquier observación externa: responde a sus propias preguntas, significa en su propio código. Es el caso de los estudios culturales, psicosociales, de opinión, y en general del orden del sentido común y la subjetividad.

Se abandona la pretensión de objetividad como propiedad de una observación desde afuera -por ejemplo, para indicar al objeto: con el dedo índice, lo que está allá afuera-, y se asume el postulado de la subjetividad -como condición y modalidad constituyente del objeto, que observa desde sus propias distinciones y esquemas cognitivos y morales-.

Precisamente ese doble pliegue del sujeto -observa, pero lo hace desde sus propias distinciones; se responde a sus propias preguntas; aplica sus propias reglas; habla, pero en su lengua- es lo que la apertura del instrumento debe resguardar.

El objeto tiene su texto, o textura, para indicar su orden o hilación. Por ello los estudios cualitativos pueden describirse, en general, como aptos para el estudio de lo que tiene forma propia: que puede describirse como un orden autorremitido. De modo paradigmático se aplica lo anterior en los casos de los instrumentos que utilizan modalidades conversacionales; las entrevistas sin cuestionario, como los grupos de conversación, aplican una observación del orden del hablar del investigado, desplegado autónomamente. El despliegue de su significación -cuando habla, o en una pintura, o cuando hace ver, etcétera- permite la reconstrucción del código (plegado).

Es también la razón del carácter "textual" de los objetos cualitativos. Los textos tienen estructura, y los textos despliegan códigos. Es siempre la misma búsqueda: de las claves de interpretación que están siendo activadas por las significaciones -acciones, palabras, documentos, textos- y que permiten su comprensión.

La apertura del instrumento -a la escucha- es el modo de cubrir la propia complejidad y forma del objeto. No siendo este uno simple y dado -como un hecho a constatar externamente-, sino uno complejo y subjetivo -como una acción, o un dicho, a comprender interpretando, o lo que es lo mismo a traducir-; de lo que se trata es de poder "asimilar" aquella forma en su código. Esto es, reconstruir la perspectiva observadora del propio investigado.

### 1.2.1. La entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad puede definirse como una técnica social que pone en relación de comunicación directa cara a cara a un investigador/entrevistador y a un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable.

El investigador/entrevistador establece una interacción peculiar que se anima por un juego de lenguaje de preguntas abiertas y relativamente libres por medio de las cuales se orienta el proceso de obtención de la información expresada en las respuestas verbales y no verbales del individuo entrevistado. La entrevista en profundidad opera como una técnica de producción de información de doble tipo: información verbal oral (las palabras, significados y sentidos de los sujetos implicados en la entrevista) e información de tipo gestual y corporal (las expresiones de los ojos, el rostro, la postura corporal, etcétera), que son leídas o interpretadas durante la interacción cara a cara y que, por lo general, resultan claves para el logro de un mayor o menor acceso a la información y “riqueza” del sujeto investigado, ya que condicionan la interacción y el grado de profundidad durante la situación de la entrevista (una entrevista puede fracasar o dar grandes logros dependiendo de un investigador atento a toda la información que le da su entrevistado). Debe incluirse aquí una información que también puede leerse e interpretarse -según los fines de la investigación- y que es complementaria a los significados y sentidos lingüísticos del entrevistado. Nos referimos a información presente en la entonación, el ritmo, la voz, los silencios, las pausas, la pronunciación, etcétera.

Estos tipos de lenguaje deben tenerse en consideración a fin de relevar que el tipo de información que se produce posee una complejidad (no es un acto mecánico o rutinario) y la práctica de investigación (de “oficio”) puede operar con menor rigor si no aborda al sujeto investigado y al proceso de producción de información (que genera la entrevista) desde una reflexividad que incluya todos estos aspectos.

La “naturaleza” de la información que se produce en una entrevista en profundidad es de carácter cualitativo debido a que expresa y da curso a las maneras de pensar y sentir de los sujetos entrevistados, incluyendo todos los aspectos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación que los propios sujetos bajo estudio portan y actualizan durante la interacción de entrevista (los llamados “marcos de referencia” del actor), así como las coordenadas psíquicas, culturales y de clase de los sujetos investigados.

No se busca “reducir” la información verbal a datos numéricos o cifrables estadísticamente. Más bien se busca la mayor “riqueza” (densidad) en el material lingüístico de las respuestas expresadas libremente por un entrevistado. En consecuencia, se trata de una entrevista que posee los rasgos principales de abertura y flexibilidad por los cuales se busca establecer una relación particular con el sujeto bajo estudio, accediendo a una información que requiere de un despliegue verbal y oral flexible en el tiempo necesario para expresarse y configurar en sus ideas de realidad, los sentidos a través de los cuales se da a entender. La temporalidad con que cuentan las respuestas orales de los sujetos entrevistados les provee de condiciones facilitadoras para la emergencia de sus puntos de vista acerca de los temas abordados en una situación de entrevista, es decir, se trata de un tiempo que está, por así decir, “disponible” para ser llenado con el material verbal de sus respuestas.

La “abertura” de esta técnica se relaciona con la idea de que la entrevista asegure las condiciones necesarias para que -tras las preguntas hechas por el investigador- las respuestas del sujeto entrevistado sean elaboradas en los propios términos en que él decide (configurando o corrigiendo a su antojo sus significados y sentidos), estableciéndose ciertos grados de libertad y fluidez para que dichas respuestas puedan expresarse y “salir” a superficie (a través del lenguaje verbal oral) desde dimensiones más profundas (las motivaciones, deseos, creencias, valoraciones, interpretaciones, etcétera) en un tiempo (duración) que facilite dicho proceso.

Por parte de los investigadores se espera -se busca, pues es una pretensión que funda a esta técnica- captar y acceder a una información verbal oral que exprese las maneras de ver, pensar y sentir de los propios entrevistados que participan de esta interacción regulada por preguntas abiertas y respuestas libres: un juego de lenguaje que, si bien concede cierta libertad a la interacción de entrevista que bordea incluso a veces la forma-conversación, concede al investigador/entrevistador el lugar de máxima autoridad para la elaboración de las preguntas y al entrevistado el lugar principal de responderlas, sin cancelar, por cierto, la posibilidad que se le concede -si así prefiere- de renunciar a responderlas. Pues, como el investigador busca acceder a respuestas “libremente” producidas, la entrevista en profundidad no está diseñada para obtenerlas a través de la coacción y del ejercicio de la violencia (simbólica o psíquica o física). Por el contrario, aspira a obtener respuestas libremente expresadas, concediendo de paso la opción para los silencios que, por cierto, pueden también ser interpretados. Establece, así, un juego de lenguaje del tipo pregunta-respuesta más cercano a la forma-conversación que a la forma-interrogatorio, aunque es posible también que durante la entrevista surja una tensión entre ambas.

En la tradición de las ciencias sociales la “naturaleza” de la información que se obtiene mediante las entrevistas en profundidad (así como diversas técnicas de producción de información cualitativa) es identificada como un objeto de análisis que requiere de un ejercicio analítico coherente con la noción de “comprensión” al buscar identificar y examinar los significados y sentidos que recorren y animan las respuestas verbales (grabadas o registradas) de los sujetos bajo estudio. La información que se espera obtener/producir requiere, para ser comprendida, de esa “riqueza” de significados que provean al entrevistador de las claves simbólicas para su comprensión del punto de vista de los entrevistados. De cualquier manera, el proceso de comprensión no se da en forma espontánea ni de manera aparente (aunque el sentido común puede constituir una clave comunicativa entre entrevistador y entrevistado) pues requiere de un acceso gradual, sucesivo y contingente (dialógico) -durante la situación de entrevista- a los significados, valoraciones y representaciones de realidad que el sujeto entrevistado provee a medida que habla, desde niveles de mayor superficie a niveles de mayor profundidad.

Entre las funciones más reconocidas de la entrevista en profundidad está la de aprender sobre lo que realmente es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que los actores ven la realidad o en que clasifican y experimentan su mundo. Sobre todo, esta idea según la cual las entrevistas en profundidad nos permiten acceder a la experiencia de los propios sujetos investigados, cuestión que se ha planteado teóricamente bajo la noción clásica de “empatía” pero resignificada metodológicamente para el uso de las entrevistas en profundidad. En esta argumentación la empatía es la condición de la comprensión y se acompaña de la discreción para crear un medio ambiente o atmósfera en que la escucha atenta del entrevistador no impida que

este exprese alguna opinión acerca de lo que es objeto de conversación cuando el propio entrevistado así lo solicita durante la interacción misma de la entrevista. Lo cual expresa la idea de que, en la investigación social, la entrevista en profundidad -gracias a la empatía-, posibilita una interacción de auténtica comunicación interpersonal entre entrevistador y entrevistado.

Se pueden distinguir dos grandes clases de usos de las entrevistas: por un lado, aquellas orientadas a usos exploratorios preparatorios, es decir, que tienen la función de descubrimiento y de acceso creciente a informantes clave para nuestra problemática de investigación o que tienen la función de permitirnos elaborar un instrumento más estructurado o de medición y que cumpla con ciertos criterios de validez. Por otro lado, aquellas entrevistas en profundidad destinadas a contrastar o profundizar la información obtenida mediante otras técnicas cualitativas (por ejemplo, observación con notas de campo) o mediante técnicas cuantitativas (las que nos ofrecen ciertas medidas de la realidad a investigar). En este último caso se incluye la posibilidad de triangulación o de complementación de diferentes procedimientos metodológicos y técnicos a objeto de fortalecer la investigación social.

## 2. Pautas generales para realización de entrevistas en profundidad

- a. **Previo al primer contacto** quien entrevista debe conocer con el mayor detalle posible las características de la experiencia en la dirección departamental de Salud (DDS) que corresponda. Cada entrevistador/a podrá entrar en contacto con la DDS que se le asigne para obtener estos recaudos con suficiente antelación. Una fuente de datos sugerida es la prensa local en cualquiera de sus formas (radio, televisión, digital, diarios, semanarios, etcétera). A la vez, la coordinación de entrevistadores complementará, si fuera del caso, con nueva información. Por ejemplo, para el caso de Montevideo, que identificó como tema de conversación a los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), quien esté a cargo de la entrevista deberá conocer los planes de contingencia de ELEPEM, la reglamentación que se les aplica, el convenio realizado en el marco de la pandemia, entre otros. La coordinadora colocará toda esta información en la carpeta compartida destinada a tal fin (para el ejemplo, en 06\_Capítulos DDS/Montevideo/Insumos para la entrevista). En este primer contacto es conveniente también sugerirle al director que piense en alguna anécdota que de alguna manera refleje el trabajo de la DDS.
- b. **Elaboración de las preguntas-guía** de entrevista. Es conveniente recordar que no se trata de la dinámica pregunta-respuesta, sino un intercambio o conversación con pauta. Se trabaja con la coordinadora en la definición de las preguntas o temas guía. Para eso pueden considerarse las siguientes dimensiones:
  - Gestiones interinstitucionales. Con otros organismos públicos y también de la sociedad. Gestión de fronteras, centros de contingencia, acuerdos con la academia, investigaciones, etc.
  - Actividades organizadas e implementadas por la DDS.
  - Actividades coordinadas e implementadas interinstitucionalmente (Ejemplo: centros coordinadores de emergencia departamental- CECOED).
  - Acuerdos y procesos de complementación entre instituciones.
  - Formas de proceder ante un brote, proceso, resultados y técnicas utilizadas.
  - Informes y conclusiones sobre brotes, inspecciones, controles, etc.
  - Implementación de otras áreas estratégicas de la rectoría de salud en el departamento fuera de la emergencia sanitaria.
 Ejemplo:

otros brotes, promoción y prevención de enfermedades zoonóticas.  
Identificar algún hecho que sea una anécdota que refleje el trabajo interinstitucional a nivel departamental.

- c. **Realizar el primer contacto con la persona a entrevistar (telefónico) tomando en cuenta:**  
Presentación del entrevistador/a.  
¿Por qué y para qué es importante hacer la entrevista? (objetivos)  
Confirmar el tema que eligió la DDS.  
Avisar que la entrevista será grabada y luego transcrita y que sus pasajes serán utilizados para escribir el capítulo de la DDS.  
Opciones de lugar para realizar la entrevista (lugar tranquilo).  
Opciones de momento para realizar la entrevista (día y hora).  
Tiempo estimado de la entrevista: de 45 minutos a 1 hora.  
Si la persona a entrevistar lo plantea y requiere, puede ir acompañada de máximo dos personas del equipo.
- d. **En el momento de la entrevista**  
Presentación personal y de los objetivos del trabajo.  
Dejar grabado el consentimiento.  
Plantear las dimensiones de interés / preguntas:  
Espacio para desarrollar otros temas.  
Si hay más de una persona en el grupo de entrevistados orientar en cómo tomar la palabra para evitar superposiciones y facilitar la tarea de desgrabado  
Pregunta final: ¿Hay “algo” que nos quiera decir que le parezca relevante y que no tratamos?  
Agradecimiento.
- e. **Después de la entrevista**  
Entrevistador/a envía el audio a la DDS que desgraba o al equipo central encargado del desgrado y a la coordinadora de entrevistas, que lo colocará en la carpeta correspondiente.  
El archivo del audio debe nombrarse así: nombre de la DDS, nombre y apellido entrevistador/a, por ejemplo: DDSRíoNegro\_Alexis Gularte.  
Cada audio debe llegar vía correo electrónico u otro medio de transferencia de archivos con estos datos para identificarlo debidamente: nombre de entrevistador/a, nombre de entrevistado/a y eventuales acompañantes, fecha, lugar.

#### **Tips a tener en cuenta:**

- Respetar los tiempos pautados (tanto los de inicio como los de duración).
- Interacción entrevistado-entrevistador:
  - » nuestras reacciones deben ser espontáneas y adecuadas durante la entrevista,
  - » centrar el esfuerzo en la comprensión y no en pensar cuáles son las preguntas que hay que hacer o cuáles deben ser las reacciones más adecuadas,
  - » impulsar la libre expresión y orientar para desarrollar, completar o rectificar las respuestas (*¿Me podría repetir lo que dijo?, ¿Podría profundizar sobre el tema? Volvamos a..., No me quedó claro lo que señaló sobre...*),
  - » cuidar el lenguaje verbal: en la interacción se muestra cómo cada uno participa en la situación de entrevista,
  - » mantener el respeto por lo que dice la persona: escucharla, mirarla, hacerle sentir que lo que dice es importante y que su opinión puede generar

- un cambio.
  - » aliviar las ansiedades posibles respecto de su propia capacidad de responder; no es un examen, tampoco un concurso de preguntas y respuestas,
  - » mantener la imparcialidad y la objetividad:
- No opinar, no discutir, no contradecir, no corregir.
- No gesticular, no antagonizar, no prejuizar.
- No formular preguntas tendenciosas, no inducir la respuesta con la pregunta, no hacer preguntas que contengan la respuesta, no preguntar “desde” el cliente sino “desde” el investigador.
- No hacerse el simpático o ser empalagoso.
- No cerrarse a argumentos que contradicen lo que queremos, lo que sabemos, lo que esperamos, lo que suponemos.
- Respetar los silencios.
- No hacer juicio de valor respecto a las respuestas recibidas.
- Respetto de las preguntas:
  - » La entrevista no está estructurada como un cuestionario de preguntas con respuestas cerradas. Aunque entrevistador/a trate de seguir unas líneas dictadas por el cuestionario, las respuestas del entrevistado influyen tanto en la redacción de las preguntas como en el orden en el que se enuncian.
  - » Si no se comprende la pregunta, rehacerla las veces que sea necesaria utilizando alternativas de lenguaje.

# Anexo 3

## Pauta para desgrabar las entrevistas con las DDS

### a. De la coordinación

La coordinadora de desgrabados se pondrá en contacto con cada DDS una vez se reciba el audio de entrevista por parte de la coordinadora de entrevistas para confirmar que cada DDS haya recibido el audio de su entrevista.

En este contacto se acuerdan los plazos para la entrega, los que no podrán superar la semana de trabajo a partir de la recepción.

### b. Aspectos generales del archivo

Para desgrabar utilizar archivo Word, letra arial, tamaño 12, interlineado 1.5, sin justificar y colocar el número de página.

El archivo Word deberá nombrarse así: nombre de la DDS, desgrabado y nombre de quien desgrabó. Por ejemplo: DDSRivera\_desgrabado\_Juan Pérez.

No se aconseja que la tarea de desgrabar sea colectiva pero si el equipo de la DDS lo quisiera hacer, debe nombrar a una persona como contraparte de la coordinadora de desgrabados a los efectos de zanjar dudas.

Cada archivo de desgrabación debe incluir al principio:

- Nombre de la DDS
- Nombre de entrevistado
- Nombre de entrevistador
- Fecha
- Por ejemplo:
  - DDS Montevideo
  - Entrevistado: Dr. Horacio Vignoli
  - Entrevistador: Diego Langone
  - Fecha: 4 de febrero de 2021

El archivo se envía por correo electrónico a [ksessa@msp.gub.uy](mailto:ksessa@msp.gub.uy) con el asunto Desgrabado y nombre de la DDS que envía. La coordinadora de desgrabación colocará el archivo en la carpeta correspondiente.

### c. Sugerencias para desgrabar

Buscar un lugar tranquilo y en silencio para hacer esta tarea que requiere mucha atención y concentración.

Si lo desean pueden usar algún software o aplicación que facilite la tarea, por ejemplo Audacity, O Transcribie.

Es muy importante realizar la tarea en forma continua, es decir, empezarla y terminarla en días corridos (para no perder ni el hilo ni la concentración).

#### d. Del desgrabado

Se desgraba en forma fiel, es decir, con las pausas, entonación, modismos y otros. Utilizar paréntesis para introducir datos de contexto o aclaraciones. Por ejemplo:

*Me dijeron que fuera un poco más tarde (tose y pide un vaso de agua) pero al final decidí ir a la hora que pude (alguien golpea a la puerta).*

Las intervenciones de las personas que hacen la entrevista se escriben en letras color rojo. Las intervenciones del entrevistado se escriben en letra color negro común. Siempre van anteceditas por el nombre la primera vez y las iniciales después. Por ejemplo, en la entrevista a Horacio Vignoli que realizó Diego Langone:

Diego Langone: Empecemos conversando de...

Horacio Vignoli: Exactamente qué es lo que querés saber, porque fijate que...

DL: Lo del COVID que hablamos.

HV: Ah, eso, bueno.

Si hay más de una persona entrevistada (por ejemplo, una directora y dos personas de su equipo), lo que dicen las otras personas se escriben en otro color (por ejemplo, verde y azul).

Si por más que se haga el esfuerzo de comprender lo que se dice en el audio no se entiende, ha de colocarse entre paréntesis “no se entiende” y el minuto exacto donde está la dificultad.

#### e. Al final

La coordinadora de desgrabado revisará la consistencia entre la transcripción y el audio y eventualmente se pondrá en contacto para despejar dudas.





Ministerio  
**de Salud  
Pública**

Ministerio de Salud Pública  
18 de julio 1892  
Montevideo, Uruguay  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

# Covid-19 **miradas** territoriales

Experiencias de la Dirección General de Coordinación  
Ministerio de Salud Pública  
2020



Ministerio  
**de Salud  
Pública**