

COVID-19 PANDEMİSİNDE URUGUAY VE SAĞLIK SİSTEMİ

Gamze VAROL*

Öz: COVID-19 pandemisi, dünya genelinde ülkelerin siyasi ve ekonomik istikrarını etkileyecek boyutta bir kaos yaratmıştır. Bu ülkelerden biri de Uruguay'dır. Bu derlemede henüz devam eden pandemi sürecinde Uruguay sağlık sistemini açıklamak, yapılan uygulamaları ve yaşananları özetlemek amaçlanmıştır. Buna göre çalkantılı bir siyasi geçmişe sahip Uruguay'ın sağlık sistemi de süreçten etkilenmiştir. Günümüzde yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler arasında yer alan Uruguay, temsili demokrasi ile yönetilmektedir. Ülkede 2004 yılındaki seçimlerin ardından 2005 yılında topluma sağlık hakkı üzerinden kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunmayı garanti etmek amacıyla sağlıkta reform uygulamalarına başlandı. Reform sonrası sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm COVID-19 Pandemisi yönetiminde görece kolaylıklara sağladı. Ancak, Uruguay'da da salgın yönetiminde ekonomik kaygıların ağır basması nedeniyle bilimsel karar verme yöntemlerinin kullanılmaması ve yapısal önlemlerin yeterince alınmaması ile aşılama geç kalınması nedeniyle Aralık 2020'den bu yana vakaların hızla arttığı, ağır sosyal ve ekonomik bedeller ödendiği görülmektedir. Ülkede aşılama ile birlikte aktif vaka ve ölüm sayılarında azalma kaydedilmesine karşın, salgının etkisi hala sürmektedir.

Anahtar sözcükler: Uruguay, sağlık sistemi, önleme, kontrol, önlemler, COVID-19

Uruguay and Health System in the Covid-19 Pandemic

Abstract: The COVID-19 pandemic led to a global chaos in such dimensions to affect political and economic stability in many countries. Uruguay is one of these countries. This compilation seeks to describe the healthcare system in Uruguay and summarize practices and experiences in the process of pandemic which is still going on. Already having her turbulent political past, the healthcare system in Uruguay is affected by the process. Today Uruguay is one of the high-income group countries in the world with her regime as representative democracy. Following the elections of 2004, health reforms were given start in 2005 to guarantee the provision of comprehensive health services to population on the basis of the principle of right to health. Change and transformation taking place with these reforms relatively eased the burden of managing the COVID-19 Pandemic. However, it is observed that cases have been rapidly increasing since December 2020 with accompanying heavy social and economic costs. The situation is explained by such causes as economic concerns that affect many decisions in pandemic management and resultant defects in decision-making on scientific grounds, failure in adopting some structural measures and delays in vaccination. The impact of the pandemic still persists despite decreases in the number of active cases and disease-related deaths.

Key words: Uruguay, health system, prevention, control, measures, COVID-19

Genel Bilgiler

Uruguay, yerli dilinde "Boyalı Kuşlar Irmağı" anlamına gelmektedir. Resmi adıyla Uruguay Doğu Cumhuriyeti, Güney Amerika kıtasının güneydoğu bölgesinde yer alır ve yüzölçümü bakımından kıtanın ikinci küçük ülkesidir. Kuzeyinde Brezilya, batısında Uruguay nehrinin sınır çizgisini oluşturduğu Arjantin, doğusunda ise yine bu nehrin denize döküldüğü koy ile sınırları belirlenmiştir. Ülkenin ekonomisi tarım ve hayvancılığa dayalıdır. Kısıtlı endüstrisi, tarım ürünlerinin işlenmesine yöneliktir. Güney ortak pazarı (MERCOSUR) oluşturulduktan sonra hizmet sektörü de gelişmeye başlamıştır. WB/OECD' (Dünya Bankası/Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ye göre yüksek gelir düzeyi ülkeleri arasında yer almaktadır (**Presidencia Uruguay, 2021**).

Temsili demokrasi ile yönetilen ülkede, ulusal ve yerel yöneticilerin belirlenmesi için beş yılda bir seçim yapılmaktadır. Yürütme organı başkan ve 12 bakan, yasama organı ise 30 senatör, başkan yardımcısı ve 99 temsilciden oluşmaktadır. Yargı organının en yüksek makamı yüksek mahkemedir. Yönetişel açıdan ülke 19 bölgeye ayrılmıştır; bölgelerden biri Montevideo'dur, diğer 18 bölgenin tümüne iç bölge denmektedir (**PAHO, 1998**).

Uruguay'ın çalkantılı bir tarihi olduğu söylenebilir. 19. yüzyılın ortalarına dek doğal varlıkları ve tarımsal üretimiyle ülkenin yerlileri için yaşaması keyifli, Güney Amerika'nın İsviçre'si olarak adlandırılan bir refah devleti olarak, sağladığı sosyal hak ve

*Doç. Dr., Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-3490-3406) Geliş Tarihi / Received : 22.03.2021
Kabul Tarihi / Accepted : 07.09.2021

özgürlükler ile yaşayanlarına iyi bir hayat sunan, hatta 20. yüzyılın ilk yarısında devlet sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle, dezavantajlı kesimleri öncelleyen politikalar geliştiren bir ülke olarak anılıyordu (**Aksu, 2007; Health and Welfare Uruguay, 1990**).

Ancak, doğal zenginliklerinin ve güzel coğrafyasının yüzbinlerce göçmeni çekmesi ve 1950'lerin sonunda büyük toprak sahiplerinin iktidara gelmesi ile var olan sosyal hakların sırasıyla kaldırıldığı, sosyal hizmetlerin sınırlandırıldığı, Uluslararası Para Fonu (IMF) ile çeşitli antlaşmaların yapıldığı görüldü. Bu politikalara karşı örgütlenen Ulusal Kurtuluş Hareketi'nin düzenlediği eylemler ve ardından 1970'lerdeki yapısal buhranın ülkeyi derinden etkilemesiyle Uruguay sefaletin yaşandığı bir ülkeye dönüştü (**Aksu, 2007; Galeano 1983**). Bu sırada, pek çok Güney Amerika ülkesinde görülmeye başlayan sol ağırlıklı toplumsal hareketlenmeler, Uruguay'ı da etkiledi. Muhalif tüm sesleri kısmak için tasarlanmış askeri darbelerde tüm haklar askıya alındı ve binlerce insan katledildi (**Pelit 2006**). 1973-1984 dönemi askeri yönetimin sosyal haklar üzerindeki kısıtlayıcı etkisi; sağlık sistemi üzerinde de etkili oldu, sağlık harcamaları kısıtlandı, sağlık kuruluşlarının ve sundukları hizmetin kalitesi düştü, çok sayıda Uruguay'lı sosyal güvence kapsamı dışında kaldı. 1984'de yapılan seçimlerde askeri yönetim yerini sivilere bıraktı. 1989 yılında ülkenin Montevideo gibi önemli şehirlerinde de yerel yönetime siviller geldiler. Bu durum askeri harcamaların eğitim sanitasyon gibi sosyal harcamalara yönelmesini sağlamakla beraber, sosyal güvenlik harcamalarında azalma sürdü (**Aksu, 2007; Health and Welfare Uruguay, 1990**). 2004 yılındaki seçimlerde ise sosyalist, komünist ve sosyal demokratlardan oluşan bir koalisyon iktidara geçti (**Aksu, 2007**). Bu koalisyon, bir yandan makro ekonomik politika ve borç geri ödemeleri açısından tutucu bir politika izlerken öte yandan vergi reformu uygulayarak sosyal adaleti temel alan bir yol izledi. Bu uygulamada, özellikle yoksul kesimlerin gıdadan sağlık bakımına dek sağlık ve sosyal gereksinimlerini karşılamayı hedeflendi. Plan, yüz binlerce yoksula yardım edip, gençler için iş olanakları yaratırken; dış borçları önceleme, ekonomi ve dış politikada ABD ile ortak hareketi hedeflemesi, maliyeti ve bürokrasisi nedeniyle bir kesim tarafından eleştirildi (**Plan de Atencion Nacional a la Emergencia Social-PANES**). 2005 yılında başlayan sağlıkta reform uygulamaları ile sağlık hizmet uygulamasında değişikliğe gidildi, sağlık hizmetine erişimde eşitlik, mali koruma ve halkın sağlığının korunması hakkı ile ulusal bir sağlık sistemi yapılandırma ve entegrasyonu çalışmaları başladı (**WHO Executive board, 2019**).

1.Sağlık Reformu Uygulamaları ve Sağlık Sistemi Uruguay'da sağlık reformunun amacının topluma sağlık hakkı üzerinden kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunmayı garanti etmek olduğu ifade edilmektedir. Sistem öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinden kurgulanmıştır. Bu durum hizmeti sunan, hizmeti kullanan ve hizmetin düzenleyicilerini özellikle de Halk Sağlığı Bakanlığı'nı (HSB) derinden etkileyen karmaşık bir dönüşümdür (**Arbulo ve ark. 2015**).

1.1. Örgütlenme

Dönüşüm ile sağlık sistemi Ulusal Entegre Sağlık Sistemi (UESS) olarak adlandırılmış ve zaman içinde kapsayıcılığını arttırarak yapılanmasını tamamlamıştır. Sistem uygulanmaya başladıktan sonra karşılaşılan eksik, açık ve sorunlar tespit edilerek özne düzenleme mekanizmaları ile uygulama sırasında karşılaşılan eylem ve durumlar karşısında kendi dinamiklerini geliştirerek UESS oluşturulmuştur. Aslında bunu karşılıklı bir etkileşim süreci olarak değerlendirmek uygun olur (**Setaro 2013**).

Örgütlenmede temel ve önemli bir unsur da Ulusal Sağlık Kurulu'dur (USK). Bu kurul, UESS'nin koordinasyonundan ve Ulusal Sağlık Sigortası (USS) planının idaresinden sorumlu olan HSB'nin merkezi olmayan bir organıdır. USK, dördü icra üyesi (ikisi HSB, biri Ekonomi ve Maliye Bakanlığı (EMB) ve biri Sosyal Güvenlik Bankası (SGBn)) ve 3'ü UESS çalışanları, kullanıcıları ve sağlayıcılarından birer temsilci olmak üzere USK ile sözleşmeli toplamda 7 kişiden oluşur. USS'ye kayıtlı nüfus için faydalanım paketi, HSB ve USK'nin kontrol ve takibini sağlayan bir yönetim sözleşmesi imzalanarak satın alınmaktadır (**Arbulo ve ark. 2015, Setaro 2013**). USK'nin USS planını yönetmedeki sorumlulukları arasında, Ulusal Sağlık Fonu'nun (USF) yaşa ve cinsiyete göre ayarlanmış kişi başı ücretlerini ödemesine olanak tanıyan talimatlar ve sözleşmeli sağlayıcılar tarafından hedeflere uyulması için tamamlayıcı bir ödeme yer almaktadır. Fon, sosyal güvenlik konularında en yüksek merci olan SGBn tarafından yönetilmektedir. Aslında bu durum, devlet, piyasa ve toplum arasında yeni bir ilişki kurulduğunu göstermektedir (**Arbulo ve ark. 2015**).

Uruguay Sağlık Sistemi Reformu Yasası (Yasa No: 18.211) ile yaratılan kurumsallık, sistemin farklı düzeylerinde sosyal katılımın temel bir bileşen olduğu bir yönetim tarzı ortaya çıkartmıştır. Bu tarzın, sağlık sektörü çalışanlarının, kullanıcılarının ve sağlayıcılarının politika geliştirmesine, uygulamasına, takip, kontrolüne ve katılımına olanak tanıdığı ve bunu teşvik ettiği ifade edilmektedir. Bu durumun, hükümetin sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeği

ve kapsayıcı sağlık hizmetlerine erişim temelinde serbest piyasa kurallarını sınırlayacak, karar verme süreçlerinde bilgiye dayalı, kaynakların verimli kullanımını düzenleyici, şeffaf ve hesap verilebilir yönetim mekanizması geliştirilmesine olanak sağladığı ileri sürülmektedir (**Arbulo ve ark. 2015**). Setaro'ya göre "Reform, UESS içinde farklı bir çalışma mantığı oluşturmak, pazar rekabetini sınırlamak ve işbirliğini ve hizmetlerin tamamlayıcılığını teşvik etmek amacıyla, USK aracılığıyla kamu kontrolünü artırmaktadır." (**Setaro 2013**).

1.2. Hizmet sunumu

Reform ile, devletin sağlık hizmetinin sunumu, sektörün düzenlenmesi gibi önemli kurumsal değişiklikler yaşanmış, USK adı altında bir takım yönetim mekanizmaları tanımlanmıştır. Örneğin, USK oluşumu içinde HSB dışında EMB'nin dahil edilmesi, sağlık politikalarına karar verirken "kaynak tahsisi" üzerinde "önceliklendirme"de "verimlilik" anlayışı ile ekonomik düzenleyici politikaların ve etkili olacağını göstermektedir. Ayrıca, HSB bünyesinde, 2005 yılında kurulan Sağlık Ekonomisi Bölümü de fiyat düzenleme politikalarının ana belirleyici konumuna gelmiştir. Bu bölüm, özellikle Kapsamlı Sağlık Bakım Programına (KSBP) yeni hizmetlerin girişini gerekçelendiren fiyatlar ve ekonomik değerlendirmeler için olmak üzere, ekonomik düzenlemenin sorumluluğunu EMB ile paylaşmaktadır (**Arbulo ve ark. 2015**).

Sistemin dinamik bir yapılanması bulunmaktadır. Uygulanabilmesi için nüfusun üçte ikisinden fazlasının sürece dahil olması ve sağlık sigortası için kaynak oluşturması gerekmektedir. Sistem ekonomik yaptırımlara açıktır, ancak hizmet kapsamı sözleşmeye uygun olmalıdır. Bu nedenle, sözleşmelerin içeriği, kapsamı etki kabiliyeti homojen olmayan ancak toplumun güç ilişkilerini andıran USK üyeleri arasındaki etkileşimi ile şekillenmektedir. Süreçte, USK'ye önemli görev düşmekte ve kendini sürekli geliştirmesi beklenmektedir. Özetle Kurul, reformun yapılanması için çalışırken, karşı karşıya kaldığı piyasa kurallarını ve çıkarlarını halkın sağlık hakkından ödün vermeden kaynakların verimli ve etkili kullanımını sağlayacak boyutta reformun ilkelerini gözden geçirmekle yükümlüdür (**Arbulo ve ark. 2015**). Bu nedenle UESS mevzuatında yerel sağlık yetkilileri ile birlikte, toplum katılımına yer verilmiştir. Mevzuatta yerelerde de sağlık hizmetlerine katılan tarafların sosyal katılımı ve daha geniş temsili ile Sağlık Bölümü Kurulları ve Yerel Danışma Konseyleri'nin oluşturulmasını öngörmektedir. Bu kurul ve konseyler, katılımı teşvik ederken kendi alanlarına giren konuları değerlendirir. Bağlayıcı olmasa da yerelin görüşleri önemsenir. Bu şekilde, 2011-2013 yılları arasında 19 bölgesel sağlık bölümü oluşturulmuştur (**Arbulo ve ark. 2015**).

Sistemde farklı kurumsal yapılanma örnekleri de bulunmaktadır. Biri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇŞGB) himayesinde faaliyet gösteren Ücret Konseyi'dir. Konsey, ücret ve çalışma koşullarına ilişkin anlaşmaların geliştirilmesine katkı vermektedir. Diğeri de HSB bünyesinde kurulan Sağlıkta Personel Geliştirme ve İzleme Bölümü'dür. Bu bölüm, 2010 yılında birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) stratejisiyle daha uyumlu olan yeni çalışma modellerinin geliştirilmesi ve sağlık sisteminde "iyi performans" için "çalışanların kritik önemi" ile tutarlı çalışmalar yapılması amacıyla kurulmuştur. (**Arbulo ve ark. 2015**). Ayrıca, farklı önlemlerin tasarımını ve uygulanmasını geliştirmek özel teknik ve politika belirleyici komiteler de kurulmuştur. Örneğin, Kapitasyon Komisyonu, Sağlık Hizmetleri Hedefleri Komisyonu, Çok Taraflı Danışma Komisyonu (tıbbi anlaşmayı izler) ve Ayakta Tedavi Gündem Sistemi Komisyonunu Uygulama gibi. (**Arbulo ve ark. 2015**).

Reformla birlikte, devletin sağlık hizmeti sağlayıcılarını izleme ve değerlendirme konusundaki düzenleme kapasitesini genişletebilmesi için HSB ve devlet elektronik bilgi kurumu (DEBK) tarafından ortaklaşa "Salud.uy" projesi hayata geçirilmiş ve proje ile elektronik sağlık kaydına dayalı bir sağlık bilgi sistemi koordine edilmeye başlanmıştır (**Arbulo ve ark. 2015**).

Hiyerarşik yönetim modeli, Uruguay sağlık sisteminde de mevcuttur. Ancak, düzenleme ile uygulama özgürlüğü ve hizmet sağlayıcıların yönetimi arasında devam eden gerilimler ilerlemeyi sınırlamaktadır. Kanıta dayalı protokoller ve klinik uygulama kılavuzları artık yaygın olarak kullanılmaktadır ve yönetim araçları ile izleme ve değerlendirme yöntemleri standart hale getirilmektedir. Buna rağmen, bu protokol ve kılavuzların kullanımları bakım ve idari uygulamalar kaynaklı dirençle karşılaşmaktadır ve tıp uzmanlarının kesin desteğinden yoksundur. Özellikle, eşgüdümlü ve tamamlayıcı hizmetler yoluyla kaynaklarını daha verimli kullanan BBSH'ye dayalı entegre sağlık hizmeti ağlarının organizasyonu, zayıf düzenlemeli teşvik ve yönetim mekanizmaları tarafından yönlendirilmiştir (**Arbulo ve ark. 2015**).

Aslında UESS modeli özel bir siyasi bağlamda doğmuştur. Ülke tarihinde ilk kez parlamento çoğunluklarıyla 'sol' bir hükümet iktidara gelmiş ve yeni bir sosyal koruma matrisi önermiştir. 2005 yılında başlatılan bu sağlık sistemi reformu, partinin hükümete gelirken önerdiği programın bir parçasıdır; tıbbi olan ve olmayan sağlık çalışanları sendikaları dahil olmak üzere bir grup sosyal kuruluşla birlikte geliştirilmiştir ve çok özel yönergeler içermektedir (**Arbulo ve ark. 2015**).

1.3. Finansman

Uruguay sağlık sisteminin kamu ve özel olmak üzere iki temel finansman kaynağı vardır. Kamu kaynakları ekonominin kayıtlı sektöründeki işçilerden ve şirketlerden gelen zorunlu katkıları, kamu sektöründe çalışanların zorunlu katkılarını ve genel vergi-

leri içerir. Bu kaynaklar USF'nda toplanır. UKF daha ağır, karmaşık, teknolojik, yüksek maliyetli durumları finanse eder. Memur vb. gruplar için de başka fonlar vardır. Özel sigortanın kaynağı ise hane halkının cepten harcamaları ve özel sigortalardan aktarılan fonlardır (**Aran & Laca, 2011**).

Tablo 1. Uruguay ulusal entegre sağlık sistemindeki ödeme mekanizmaları

Ödeme mekanizması	Finansör/sağlayıcı	2007 öncesi	Reform sonrası
Bütçeden ödeme	Eyalet Sağlık Hizmeti İdaresi	Tarihi bütçe	Tarihi bütçede anlamlı artış
	Hastane klinikleri		
	Askeri Sağlık Harcamaları Polis Harcamaları		
Hizmet ya da uygulama karşılığı ödeme	Ulusal Kaynaklar Fonu	Kamu sektörü kullanıcıları için hizmetlerin genel gelirden ödenmesi	Değişiklik yok
	İleri düzey uzmanlaşmış tıp enstitüleri	Ulusal Sağlık Fonu ve İleri düzey uzmanlaşmış tıp enstitülerinden ödemeler	Değişiklik yok
Kişi başı ödeme	Kolektif tıbbi yardım kurumu	Maliye ve ekonomi bakanlığınca düzenlenmiş bireysel iştirakçilerden alınan ön ödeme primleri	Finans, Ekonomi ve Halk Sağlığı Bakanlığınca düzenlenen bireylerden alınan ön ödeme ücretleri
		Sosyal hastalık sigortası müdürlüğü bireysel ödemelerin ortalaması olarak ön ödemeleri hesapladı	Ulusal Hastalık Fonu tarafından finanse edilen Ulusal Sağlık Sigortası tarafından ödenen yaşa ve cinsiyete göre ayarlanan kişi başı ödeme
	Ulusal Kaynaklar Fonu	Bireysel iştirakçilerden katkılar ve Kolektif tıbbi yardım kurumu ve özel sigorta kaynaklı Sosyal hastalık sigortası müdürlüğü,	Bireysel iştirakçiler tarafından gerçekleştirilen ön ödemeler ve ileri düzey uzmanlaşmış tıp enstitüleri ve kolektif tıbbi yardım kurumu kaynaklı Ulusal Sağlık Fonu
	Özel sigorta	Riskler için tanımlanmış özel ön ödeme	Kişi başı ön ödemeler ve Ulusal sağlık fonunun yaşa ve cinse özel olarak riskler için ek olarak tanımladığı risklerin ön ödemeleri
Performans ödemesi	Eyalet Sağlık Hizmetleri Yönetimi	N/A	Sağlık bakım hedefleriyle uyumlu ödemeler
	Kolektif tıbbi yardım kurumu		
	Özel sigorta		

1.3.1. Ödeme mekanizmaları

Uruguay sağlık sisteminde sağlık hizmeti kullanıcılarına yönelik hastaneye kabul ödemeleri dışarıda tutularak ana ödeme mekanizmaları bulunmaktadır. Bununla birlikte, her mekanizma 2008 yılında başlatılan reform uygulamalarıyla birlikte değişiklik göstermiştir (Tablo 1). Reformla

birlikte ödeme mekanizmalarındaki en dikkat çekici değişiklik, yaşa ve cinsiyete göre ayarlanmış kişi başı ödemeler ve USF tarafından finanse edilen kapsayıcı bir USS planının sözleşmeli sağlayıcılara yaptığı sağlık hizmeti hedefleriyle uyumlu ödemelerdir (Arbulo ve ark. 2015).

Ulusal Sağlık Sigortası, özel çalışanlara ve düşük gelirli emeklilere sağlık sigortası sağlayan SGnB tarafından yönetilen eski Sosyal Hastalık Sigortası Genel Müdürlüğü'ne (SHSGnM) dayanmaktadır. Reformla birlikte, USK'ye sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanları da dahil edilmiş ve kapsamlı sağlık sigortası sağlayıcılar ile yönetim sözleşmeleri imzalanması yoluyla ödeme mekanizmaları değişmiştir. 2006'da nüfusun %21'ini kapsamaktayken bu tip yeni ödeme mekanizmaları ile sağlık sisteminin kapsayıcılığı 2013'te nüfusun %69'una erişmiştir (Arbulo ve ark. 2015, OECD 2018, OECD 2020).

1.3.1.1. Kişi başı ödemeler

Ödeme sistemlerindeki en önemli değişikliklerden biri de kişi başı ödemelerdeki yaşa ve cinsiyete göre değişikliklerdir. Reform öncesi SGnB yararlanıcılarına, (sadece özel sektördeki çalışanlar ve düşük gelirli emekliler) kapsamlı sağlık sigortası sağlamak üzere yalnızca toplu tıbbi bakım kurumlarıyla tek tip ödeme sistemi şeklinde sözleşme yapıyordu. Ödemeler de bireysel ve kurumsal fiyatlandırmalara göre kişi başı hesaplanıyordu. Bu fiyatlar her bir tıbbi yardım için azami fiyat veren ve özellikle sendika ve diğer kuruluşlarla toplu iş sözleşmesi yapan EMB tarafından düzenlenmekteydi. Reform sonrası yapılan anlaşmaların, bireysel anlaşmalara göre daha düşük maliyetli olmaları ve daha kolay denetlenebilmeleri gibi faydalara sahip olduğu görülmüştür (Arbulo ve ark. 2015; OECD 2018; OECD 2020).

Ödeme sistemleri reform öncesinde de pek çok ke-reler değişmiştir. İlk olarak, her bir tıbbi yardım kurumdaki yürürlükte olan fiyatların 1980'lerde başlayan ve tam liberalleşme dönemlerini içeren tarihsel bir kontrole dayandığını belirtmek gerekir. Örneğin, Şubat 1992'de ön ödeme primi serbestleştirmiş, ancak Ağustos 1993'te sınırlandırılmıştır. Bu sınırlama, tavan fiyat olarak liberalizasyon dönemindeki heterojenleşen fiyatlara karşı belirlenmiştir. Fiyat düzenleme biçimi, bugün hâlâ, bireysel ve toplu primlerdeki azami yüzde artışının altı aylık yetkilendirmelerinden oluşmaktadır (Arbulo ve ark. 2015).

Süreçte özellikle yüksek riskli, yaşlı ve düşük gelirli kişilerin bağlı bulunduğu kuruluşlar SHSGnM'den gelir toplarken en olumsuz etkilenenler oldular. 2000 yılında sosyal hastalık sigortası iştirakçileri neredeyse prim toplayamıyordu. Bu kuruluşlar, bu nüfusun bakımını iyileştirmek için çok az teşvik vermiş ve hatta hizmetler karneye bağlanmıştı. Süreçte var olan sosyal güvenlik sisteminin verimsiz ve adaletsiz olduğu ortaya çıktı. Çünkü, sistem sosyal hastalık sigortasına bağlı işçiler için sağlık hizmeti sağlama hedefini karşılamadı ve bir yandan daha az riskli bir nüfusun seçilmesi yoluyla maliyetlerin düşürülmesini teşvik ederken ve diğer yandan yüksek riskli nüfus için erişim engellerini artırdı. Alınan ödeme ile sigortalı nüfusun beklenen maliyetleri arasındaki bağlantı yoktu. Maliyetin düşürülmesinin daha düşük kalite ve daha az hizmetle sonuçlanmamasını sağlayacak herhangi bir kontrol de yoktu (Arbulo ve ark. 2015). 2007'de SHSGnM tarafından sözleşmeli hizmet sağlayıcılar için ödeme mekanizması değiştirildi ve USS'nı finanse etmek için 2008'de USF oluşturuldu. 18.131 sayılı Yasa, Devlet Sağlık Hizmetleri İdaresi'nin bu sağlayıcıyı seçen yararlanıcılara sağlık sigortası sağlamasına da olanak tanımıştır. Bu önlemlerle, kamu hizmet sağlayıcısının ücret veya katkı payı talep etmediği ölçüde, makul ücretler uygulanarak kolektif tıbbi yardım kuruluşunda bulunan hizmete erişimin önündeki ekonomik engellerin azaltılması amaçlanmıştır. Reform ile birlikte, riske göre ayarlanan kişi başı ödeme (bu durumda bağlı kişinin yaşı ve cinsiyeti ile ilişkili risk) ve performans ödemesi, USS tarafından "sağlık primleri" oluşturmak için kullanılan mekanizmalar haline geldi. O zamandan beri tüm kurumlar, kendilerine bağlı her üyenin yaş ve cinsiyetlerine göre (Tablo 2) her üyesi için tanımlanmış meblağ veya kişi başı ödemeyi ve bir dizi sağlık hizmeti hedefine uymaya bağlı olarak ek bir ödeme almaktadır (Arbulo ve ark. 2015).

Özetle, sağlık hizmeti sunumunda reform öncesi ve reform sonrası günümüze dek tüm hizmetler için kişi başı ön ödeme alınmaktadır. Ancak reform sonrası katsayılarla değişiklik yapılmış ve göreceli kişi başı hesaplama uygulamasına geçilmiştir. Ödemelerdeki katsayı farklılığı hizmet standardında herhangi bir değişikliğe neden olmamakta, sağlık hizmetleri 2008 yılındaki mevzuatta da açıkça belirtildiği gibi eşit sağlık hizmeti hakkına saygı duyacak şekilde sunulmaktadır. Ödemeler bakım düzeyine göre değişmemektedir. Bu durumun hizmetin tekrarlanması, kaynakların uygunsuz kullanımı ve dolayısıyla zaman içinde sağlık hizmetlerinin kalitesinde azalma ve sağlık bakım hizmetlerindeki parçalanmayla verimsizliğe yol açtığına dair saptamalar da bulunmaktadır (Arbulo ve ark. 2015).

Tablo 2. Ulusal sağlık hizmeti finansmanı için göreceli kişi başı ödeme şeması-2007

Cinsiyet	Yaş grupları							
	<1	1-4	5-14	15-19	20-44	45-64	65-74	>74
Erkek	5.57	1.79	1.0	1.43	2.12	2.53	3.47	4.34
Kadın	6.52	1.9	1.11	1.08	1.0	2.07	3.99	5.26

Kaynak: (Arbulo ve ark. 2015).

Reform ile birlikte, ödeme mekanizması değişirken, burada en önemli unsur USF tarafından finanse edilen yeni nüfus gruplarının USS'ye dahil edilme sürecinin kademeli olarak başlatılmış olmasıdır. 2007 yılında, merkezi yönetimin kamu çalışanları kaydolmuş, ardından diğer kamu çalışanları ve sigortalıların 18 yaşından küçük çocukları faydalanmıştır. Böylece, Aralık 2008 itibarıyla, USS'ye bağlı şirketler, 2007'ye kıyasla iki katına çıkmıştır. Süreç ilerleyen yıllarda bağımsız işçiler birliğinin, işçilerin eşlerinin, emeklilerin ve düşkünlerin dahil edilmesiyle devam etmiştir. Bu şekilde, Kolektif tıbbi yardım kurulunun fiyatlandırma yapısında ortaya çıkabilecek ilk dengesizlikler, üyelerinin çoğunluğunun USF aracılığıyla bağlanması ve yaşlarına ve cinsiyetine bağlı olarak beklenen maliyetlerle ilgili gelirleri düzeyine getirilerek aşılıma çalışılmıştır (OECD 2018; OECD 2020).

Risk saptama ve riske göre ödeme reform öncesi kişi başı ödeme mekanizmasındaki kişi başı ve düzenlenmemiş ödeme sisteminin yarattığı adaletsizliğin beklenen bir sonucudur. Ayrıca sistemde sigorta şirketlerinin bireyleri reddetmesinin önüne geçmek, ücretlendirmede kontrolü sağlayabilmek için başkaca düzenlemeler de yapılmıştır. Sisteme geçişi kolaylaştırmak için USF'na dahil olabilmek için aynı hizmet sağlayıcıya 3 yıl kayıtlı olmak yeterli görülmüş, herhangi bir sigortaya kayıtlı ise sisteme geçiş yapma olanağı sağlanmıştır (Arbulo ve ark. 2015; OECD 2018; OECD 2020).

1.4. Birinci basamak ve hastanecilik hizmetleri

Reform ile hedeflenen kapsayıcı sağlık hizmetlerine erişebilmek için birtakım hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler daha çok kapsayıcı birinci basamak hizmetlerini (BBSH) kapsamakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır. Burada temel amaç sağlık bakım maliyetini düşürürken sağlık hizmetlerinden halkın memnuniyetini arttırmak, daha iyi sağlık göstergeleri elde etmek ve daha aza ilaç kullanılmasına olanak tanımadır. Ayrıca, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi hekimlerin performansa dayalı ödeme almasını da sağlamaktadır (Rendicifin de cuentas ejercicio 2013. Montevideo: Junta Nacional de Salud; 2014).

Temmuz 2007'de açıklanan birinci hedef, çocuk ve doğum öncesi bakım ile ilgili programların hayata geçirilmesi iken; Temmuz 2009'da açıklanan ikinci ve üçüncü hedefler ise hekimin özellikle BBSH sunumundaki konumu ve sağlık ekibinin içindeki görev ve sorumluluklarının belirlemektir. Hedef ikinin iki alt başlığı hekim ve hekim dışı sağlık çalışanı eğitimleri olarak belirlenmişti. Burada hekimlerin sağlık hizmeti sunumunda hiyerarşik bir yapılanma/basamaklandırma sağlanması ve hastanın bir hekimden diğerine bu sıralamaya uygun olarak yönlendirilmesi amaçlanmıştır. Burada akış, genel pratisyenler, aile hekimleri, pediyatristler ve kurumda çalışan geriyatristler olarak yapılandırıldı. Üçüncü hedef, 2010'da özellikle 65 yaş üstü kişilerin sağlık kayıtlarının tutulması ile ilgiliydi ve hekimlerin koruyucu sağlık hizmetlerine standardizasyon getirilmesi de planlanıyordu. 2011 yılında açıklanan dördüncü hedef ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin değerlendirilebilmesi için kimi göstergelerin belirlenmesini içeriyordu. Hedef 5'te ise (Kasım 2012) genel pratisyen, aile hekimi, pediyatri, jinekoloji, yetişkin ve çocuklar için yoğun bakım, neonatoloji ve dahiliye uzmanlarına çalıştıkları kuruma göre görev tanımları ve sağlık hizmeti verdikleri kurumlarda sözleşmeli hizmet verecekleri nüfus tanımlanmış; referans merkezler ve uzmanlık alanları belirlenerek yeni çalışma pozisyonları yaratılmıştır. Bu tanımlama ile bu hekimler performans ödemelerine dahil edilmiştir. Bu uygulamaların, sağlık hizmeti sunumunda entegre ve güçlendirici bir yaklaşım olarak disiplinler arası katılımı yansıttığı ifade edilmektedir (Arbulo ve ark. 2015).

Sistemin sürdürülebilir ve nitelikli olabilmesi için birinci basamakta çalışan hekimin ileri tanı ve tetkik gereksinimini anlamak için filtre görevi gördüğü, bu şekliyle hastaların daha düşük bir maliyet ile elenerek ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirildiği belirtilmektedir. (Arbulo ve ark. 2015).

1.5. Sağlık emek gücü

Reform ile referans/yönlendirilen hekimin rolünü güçlendirecek mekanizmalar yıllar içinde tanımlanmıştır.

Tablo 3. Bölgelere göre sağlık çalışanı dağılımı(10 bin kişi başına)

İnsan kaynağı	Montevideo	Diğer yerler	Toplam
Hekim	82.2	24.2	47.5
Hemşire	24.9	11.3	16.8
Yardımcı hemşire	42.6	31.2	36.0

Kaynak: (SNIS Human Resources Division, WHO.2013, Arbulo ve ark. 2015)

Uruguay'da temel tıp, tüm pozisyonlar arasında en yüksek paya sahip olup, onu sağlık uzmanlıkları izlemektedir. Alt sektöre göre, Kollektif Tıbbi Yardım kuruluşlarında uzmanlık türlerinin dağılımında daha fazla homojenlik gösterirken, Eyalet Sağlık Hizmeti İdaresi'nde anestezi-kerrahi pozisyonlarla ilgili temel ve daha yüksek uzmanlıklara daha fazla eğilim gösterir. Bir referans popülasyondan sorumlu temel uzmanlıkların sözleşmeli saatleri (genel tıp, aile hekimliği, pediatri ve geriatri) analiz edildiğinde toplam saatlerin %20'sinin ayakta tedavi hizmetlerine ayrıldığını göstermektedir (SNIS Human Resources Division). Ancak Reform ile birlikte sağlık çalışanlarını çalışma saatlerinin uzadığı bildirilmektedir.

Reform öncesi dönemde sağlık çalışanı sayısında istenen artış gözlenmemiştir (Aran & Laca, 2011). 2013 verilerine göre Uruguay'da Montevideo'da 10.000 kişi başına 82.24 doktor ve başkentin dışında 24.16 doktor düşmektedir. Bununla birlikte, coğrafi bölgelere göre hekim ve sağlık insan gücü dağılımı eşitsizlik göstermektedir. Artigas, Cerro Largo, Durazno ve San José en az doktora sahip bölümlerdir (Arbulo ve ark. 2015).

Ayrıca sağlık çalışanlarının gelirleri de çalıştıkları bölgeye göre değişmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimi arttırmak için sağlamak için ülke genelinde sağlık çalışanlarının dengeli dağılmasını sağlanmasına izin veren politikalar uygulanmalıdır.

1.6. Temel sağlık ve sosyal göstergeler

Resmi kayıtlarda Uruguay'ın nüfusu 3.444.000 (2016) olarak verilmektedir. Ülkede doğuştan beklenen yaşam ümidi erkek ve kadınlar için sırasıyla 73 ve 80'dir. Dünya Bankası değerlendirmesine göre yüksek gelir düzeyinde olarak değerlendirilen Uruguay'ın, toplam ulusal gelirden sağlığa ayırdığı pay %8.58'dir. 2019 yılında bebek ölüm hızı binde 4.2, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı binde 7.1 olarak gerçekleşmiştir. Doğum öncesi en az dört kez bakıma alma oranı %92.2, DPT kapsayıcılığı %94 olarak açıklanmaktadır (WHO, countries, Uruguay 2021).

2. COVID-19 Gölgesinde Uruguay'da Yaşam: Kısıtlamalar

13 Mart'ta, Avrupa'dan Uruguay'a seyahat eden dört yolcuya yeni koronavirüs tespit edildi. COVID-19

sürecinde Uruguay, yaz bitimine kadar komşusu olan pek çok Latin Amerika ülkesinden daha az vaka ve ölüm sayısı ile örnek gösterilen ülkeler arasında yer almıştı. Erken dönemlerde çok az sayıda olgu görülmesi nedeniyle ve pandemiyle başa çıktığı gerekçesiyle küresel sağlık yetkilileri tarafından övgüyle söz edilmişti. (CDC, 2021). Örneğin, DSÖ, COVID-19 pandemisi sürecinde ülkelerin COVID-19'a hazırlık kapasitesi ve yanıt verme düzeylerini Stratejik Hazırlık ve Müdahale Planı başlığı altında bir rapor ile değerlendirdi. Bu değerlendirmelerin dinamik olduğu ve zaman içinde ulusal ve uluslararası faktörler, ülkelerin aldığı önlemler, sağlık sisteminin durumu gibi değişkenlere göre farklılaşabileceği ifade edilmektedir. Buna göre, raporun yayımlandığı tarihte (Haziran 2020) Uruguay, sorumluluk kategorisi 4 olarak (10 ve üstü vaka), yanıt verme kapasitesi 3. düzey (yani %80 ve üstü) olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2020). Avrupa'daki yüksek vaka ve ölüm sayısının ardından Avrupa, pek çok ülke için seyahat yasağı koymuş ancak Uruguay dahil kimi ülkelerdeki salgınla etkin mücadele ve düşük vaka sayısı nedeniyle ile bu yasağı kaldıracağını ilan etmişti (Sputniknews). Üç milyonun üzerinde nüfusa sahip Uruguay, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin ziyaretçi kabul etmeye başlayacağı ilk Güney Amerika ülkesi idi. Hatta Uruguay'ın salgın sürecini komşularından çok daha başarılı bir şekilde yönetmesinde, ülkedeki istikrarlı siyasi yönetimin ve güçlü sağlık sisteminin önemli bir rol oynadığı düşünülmekteydi. Uruguay'da ilk koronavirüs vakalarının görülmesinden iki hafta önce göreve başlayan Cumhurbaşkanı Luis Lacalle Pou'nun ilk işi salgınla mücadeleye yönelik önlemleri düzenlemek olduğu ifade edilmişti (Medyascope).

Salgının başında birçok ülkede olduğu gibi Uruguay'da da okullarda eğitime ara verildi. Halka açık alanların kullanımı kısıtlandı, sınırlar kapatıldı ve insanlara evlerinde kalmaları yönünde çağrı yapıldı. 65 yaşın üzerindeki Uruguay vatandaşları için ise evde kalmaları zorunlu hale getirildi. Başkent Montevideo'da görev yapan ve aynı zamanda Uruguay hükümetinin salgınla mücadele sürecinde danıştığı bilim kurulunun üyesi iç hastalıkları uzmanı Prof. Dr. Henry Cohen, "Uruguay'ın avantajı, vakalarında erkengörülmeyle başladığı Asya ve Avrupa kıtalarında

koronavirüs salgınının seyrini gözlemleyebilmektir" şeklinde açıklamalar yapmış; baştan beri vatandaşlara gerekli olmadıkça evden çıkmamanın öğütlendiğini, ayrıca siyasilerin bütün farklılıklarını bir kenara bırakarak koronavirüsle mücadeleye odaklandığını ve bunun için de bilim insanlarına söz hakkı verdiklerini belirtmişti. Uruguay, Haziran 2020 sonrasında dikkatli bir şekilde normalleşme sürecine girmeye karar verdi. İlk vaka tespiti sonrasında geçen iki buçuk aylık sürenin ardından, Haziran ayında Uruguaylı öğrenciler okullarına döndü. Uruguay'ın sınırları hâlâ yabancılara kapalı ama bar, restoran, kafe ve oteller müşterilerini ağırlamaya başladı. Ülkede test kapasitesinin arttırılacağı ve yaygın test uygulamalarına da devam edileceği belirtilmektedir. Öte yandan, sonbahara gelindiğinde Başkent Montevideo'da ve ülkenin Brezilya sınırındaki Rivera kentinde tespit edilen yeni koronavirüs vakaları kış aylarındaki yoğunluğun habercisi olmuştur.

Toplu taşımada ancak bölgeler arası ulaşım birimlerindeki (otobüs filoları) yolcu sayısı, en büyük hareketliliğin olduğu zamanlarda %50 kapasiteye düşürülerek çalıştırılmıştır. Toplu taşımada maske zorunludur, kamusal alanlarda ise maske takmak şiddetle tavsiye edilmektedir. Taksiler en fazla 3 yolcu alabilmektedirler. Para cezaları COVID-19 protokollerine uymayan işletmelere veya kişilere uygulanabilmektedir.

Uruguay'a giriş, hava, kara veya feribotla gelen Uruguaylılar da dahil olmak üzere, tüm yolcular için 21 Aralık 2020'den itibaren askıya alınmıştır. Ancak Uruguaylı olup da uçakla gelen biletlerini 6 Ocak 2021'den önce satın alanlar bu yasaklama dışında bırakılmıştır. Bu tarz katı sınır kapatma uygulamalarının 31 Ocak 2021'e kadar yürürlükte kalması ve gerektiğinde uzatılabileceği belirtilmiştir. Bu kısıtlamalardan önce ülkeye havaalanı ya da başka giriş kapılarından girebilmek için yola çıkan ülkedeki veya transit başka bir ülkedeki bir laboratuvar tarafından gerçekleştirilen seyahatin başlamasından 72 saat öncesine kadar gerçekleştirilen negatif PCR COVID-19 testi, kabulden önceki 14 gün içinde semptomların bulunmadığını ve doğrulanmış / şüpheli COVID-19 vakalarıyla temasın olmadığını belirten bir beyan, COVID-19 için özel teminat içeren geçerli bir sağlık sigortası, takip için Uruguay'daki iletişim bilgilerini (telefon numarası vb.) göstermesi gerekli ve yeterliydi. Ülke'de, özellikle ABD vatandaşlarına yönelik yukarıdaki belgelere ek olarak, ilk 7 gün sosyal izolasyon, ardından yeni bir PCR testi yaptırarak bu testin negatif sonucunu göstermeleri ya da bu yoksa sosyal izolasyon süresini 7 gün daha uzatarak, toplamda 14 gün sosyal izolasyonda

kalma uygulaması bulunmaktadır. Sosyal izolasyon süresi boyunca herhangi bir toplu taşıma kullanmak vb. yasaktır. Sosyal izolasyon sırasında COVID-19 gelişirse, izleme ve iletişimi kolaylaştırmak için Halk Sağlığı Bakanlığı ile iletişime geçilmesi beklenmektedir (**Uruguay embassy, 2021, CDC travel Uruguay 2021**).

Ülkede PCR-CT COVID-19 testinin şu anki maliyeti, 6.000 Uruguay Peso'su veya yaklaşık 126 ABD dolarıdır (**Uruguay embassy**).

Pandemi süreci ile birlikte, temel hizmetler kontrolü olarak sürerken, kimi hizmetlerin uygulama ve kullanımına ise bazı şartlar getirilmiştir. Başlangıçta, hastanelerin normal kapasitede çalıştığı bildirilmiştir. Yoğunluk arttıkça kapasite artırmaya yönelik girişimler gündeme getirilmiştir. Aralık ayı ile birlikte, vaka sayılarındaki ciddi artış ek önlemleri ve yaptırımları gerekli kılmıştır. Mart 2021'de Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir raporda: geçen bir yılın Uruguay'ın küresel bir salgınla yüzleşmedeki gücünü açığa çıkardığı ifade edilmektedir. Raporda şu tespitler yapılmıştır (**PAHO, 2021**):

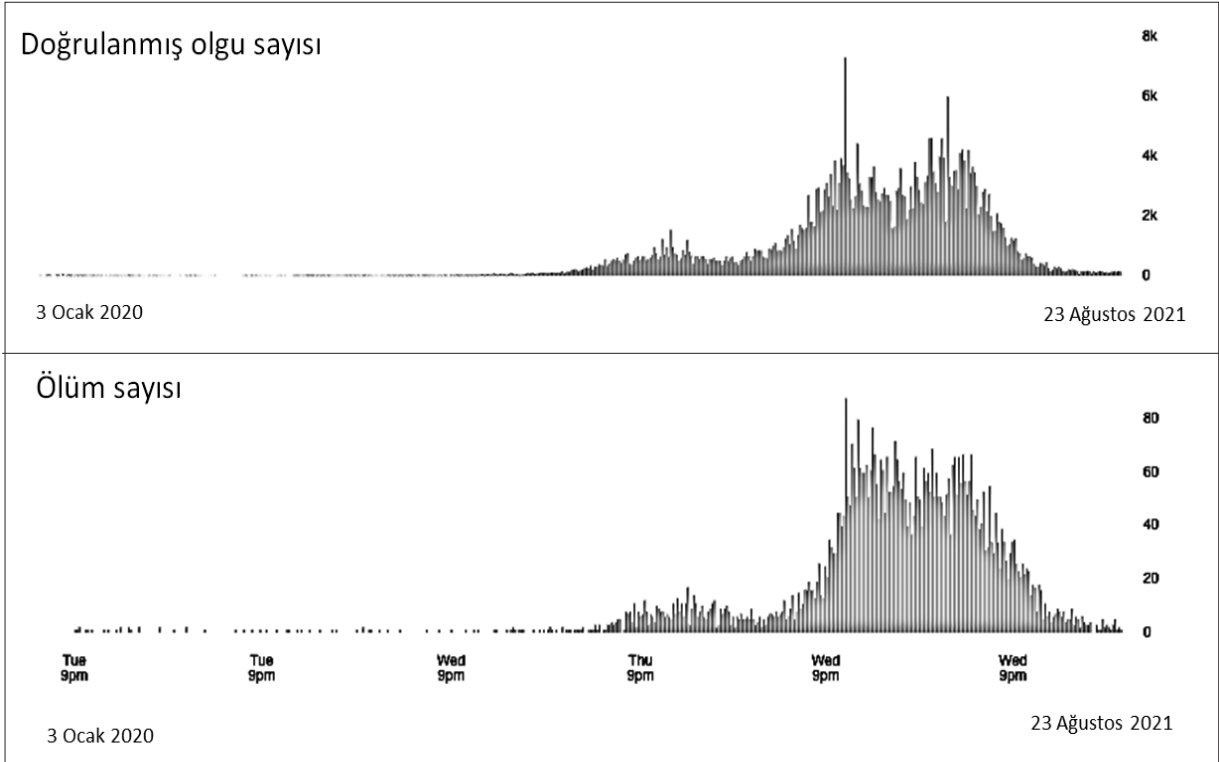
1. Hastane ve evde bakım hizmetleri güçlendirildi. İlk bakım seviyesi hayati önem taşıyordu; hastaların çoğuna ilk müdahale evde yapıldı.
2. Sağlık acil durumu tanımlanarak, test kapasitesini arttırmak için sağlık insan gücü nicelik ve niteliği yeniden değerlendirildi. Pozitifleri takip etmek ve izole etmek için çok önemli olduğundan HSB'nin izleme, takip stratejisi belirlendi.
3. Virüsün yayılmasını kontrol altına almak için epidemiyolojik sürveyans kapasitesi arttırıldı. Konuyla ilgili çalışmalarda yürütme koluna rehberlik etmek için bir grup ulusal bilim insanı bir araya gelmesi ile Fahri Bilimsel Danışma kurulu oluşturuldu. Kurul'da çeşitli alanlardan 50'den fazla profesyonel bir araya geldi.
4. Pandemi başlangıcından bir yıl sonra PanAmerikan Sağlık Organizasyonu (PAHO/WHO) ile HSB, gerçekleştirilen eylemlerin bir özeti sunmak için iş birliği yaptı. Süreçte ekonomik sorunların Uruguay'da da karar verme mekanizmalarını etkilediği görülmektedir. Örneğin, DSÖ'nün ülkede yaygın toplumsal geçiş olduğunu açıklamasına rağmen, toplumdan sosyal ve ekonomik nedenli bar ve restoranların daha fazla süre açık kalma talebi gelmiş, bunun üzerine Başkan Luis Lacalle Pou, "enfeksiyonların neredeyse tamamının aile içinde olduğunu" söyleyerek bar ve restoranların açık kalma sürelerini iki saat daha uzatma kararını açıklamıştır (**BBC, Latin Amerika, 2021**).

Uruguay'da dışarıda dolaşırken burun ve ağızın kapatılarak maske takılması, kalabalıklardan kaçınılması, kişiler arası yaklaşık 2 m. mesafe bırakılarak beklenmesi, ellerin sıklıkla yıkanması ve alkol bazlı antiseptiklerin kullanılması önerilmektedir. CDC, Uruguay'ı COVID-19 için yüksek riskli olarak değerlendirmektedir (**CDC travel Uruguay 2021**).

Aralık ayından günümüze dek vakalardaki hızlı artış ciddi bir endişe yaratmaktadır. Örneğin, Ocak 2021'de pandemi sürecindeki en yüksek vaka sayısına erişildiği ifade edilmişken, bu dönemde yaklaşık 7.000 aktif vaka olduğu, ülkenin en geniş yerleşim yeri olan Montevideo'nun 4.000'den fazla aktif vaka ile en kötü etkilenen yer olduğu açıklanmıştır. Şimdi ise Uruguay'ı COVID-19 risk değerlendirmesinde 3. Düzey (kırmızı) yüksek riskli olarak değerlendirmekte ve tam aşılı olmayanların ülkeye gitmemesi konusunda uyarıda bulunmaktadır. Bunun nedeni olarak da ülkedeki vaka sayısındaki artış nedenli varyantları alma ve yayma riski belirtmiştir (**CDC travel Uruguay 2021**).

Uruguay'da, 20 Şubat 2021 tarihinde, Hükümetin resmi sitesinde yayımlanan verilere göre, günde 6.359; ilk olgudan bu yana toplamda 965.579 test

yapıldığı açıklanmıştır. Ancak, Hükümetin resmi verileri ile aynı tarihli DSÖ verileri arasında uyumsuzluklar bulunduğu da görülmektedir. Ülke'de resmi verilere göre, 790'ı yeni olgu olmak üzere toplamda 52.163 doğrulanmış vaka bildirilmiştir. Ülkede ayrıca 5.713 vakanın tedavi altında, 45.881 vakanın da iyileştiği ifade edilmiştir. Hastalıktan toplamda 569 kişinin vefat ettiği, 69 kişinin yoğun bakımda olduğu açıklanmıştır. Ayrıca, ülkede sağlık personeline ilişkin veriler de Hükümet tarafından 13 Mart tarihli olarak açıklanmıştır. Buna göre, 13 Mart 2020'den 20 Şubat 2021'e dek 2.968 sağlık çalışanının doğrulanmış COVID-19 tanısı aldığı, 2.715'inin iyileştiği, 248'inin aktif hasta olduğu ve 5 sağlık çalışanının yaşamını yitirdiği bildirilmiştir. Üçüncü alevlenmenin henüz plato dönemine girmemiş ülkede 23 Ağustos 2021 tarihinde ülkede 6484 test yapıldığı, saptanan 96 yeni vakanın 51'inin ülkenin en büyük eyaleti olan Montevideo'da gözlemlendiği. Ülkede 6015 COVID-19 kaynaklı ölüm olduğu, 1318 aktif vakanın 14'ünün yoğun bakım merkezlerinde olduğu resmi makamlarca açıklanan günlük epidemiyolojik verilerde paylaşılmıştır. Bunların dışında Sağlık acil durumu ilan edilen 13 Mart 2021 tarihinden bu yana teyit edilen pozitif vakaların 9073'ünün sağlık çalışanı olduğu, 36'sının hala aktif hasta olduğu ve 28 sağlık çalışanının yaşamını yitirdiği açıklanmıştır. (**Presidencia Uruguay, 2021**).



Şekil 1. COVID-19 doğrulanmış olgu ve ölüm sayıları, Ocak 2020-Mart 2021

Kaynak: WHO, countries Uruguay, 2021.

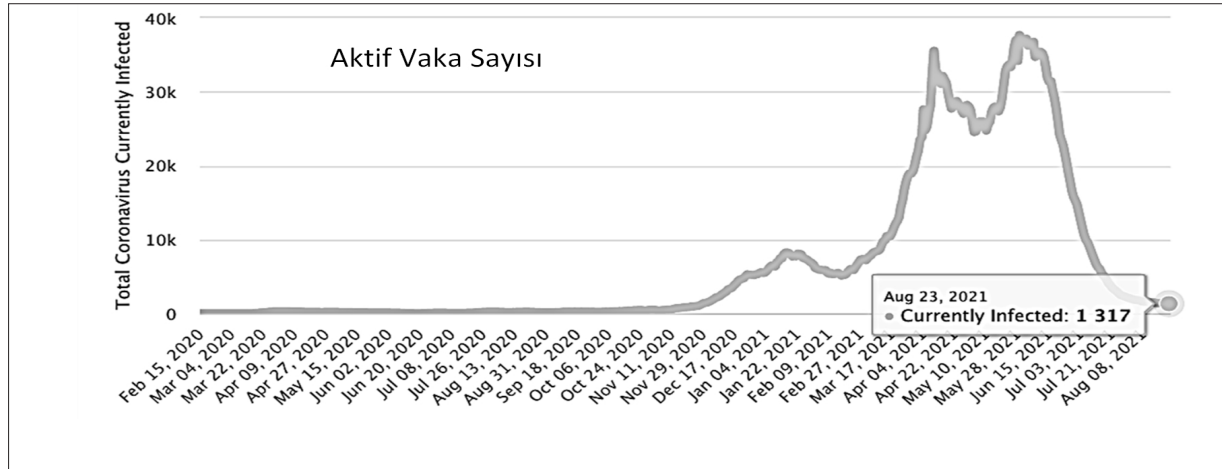
Uruguay'da, salgın eğrisi incelendiğinde 3 alevlenme izlenmektedir. Ülkede DSÖ verilerine göre ise 3 Ocak 2020'den 23 Ağustos 2021 tarihine dek 384 026 doğrulanmış vaka ve 6016 vefat bulunmaktadır. Son 24 saat içinde 123 yeni olgu saptanmış, bir vefat gerçekleşmiştir. Ülkede şu an için hastalığın toplumsal dolaşımında/ yaygın geçişi olduğu ifade edilmektedir.

Şekil 1 incelendiğinde ülkede iki büyük alevlenme izlenmektedir. İlk alevlenme ile ilgili olarak Aralık ayında olgu sayılarında önemli artış olduğu ve en yüksek olgu sayısının 16 Ocak 2021'de 1.514 günlük doğrulanmış vaka sayısı ile bir önceki güne göre %140.7 artışla en yüksek değere ulaştığı izlenmektedir. Bu alevlenmede en düşük değer 339 günlük doğrulanmış olgu sayısı ve bir önceki güne kıyasla %32.06 düşüşle 10 Şubat 2021 tarihinde izlenmiştir. Bundan sonra vakalar inişli ve çıkışlı gibi görünmekle birlikte artış eğiliminde olmuş, birinci alevlenme sönümlenmeden ikinci alevlenmenin daha yüksek olgu sayılarıyla karşılaşılmıştır. İkinci alevlenme Şubat ayında başlamış, Mart ayında olgu sayıları giderek artmış, ikinci alevlenmenin piki, en yüksek günlük doğrulanmış olgu sayısı 7.289 olgu ve bir önceki güne kıyasla %98.61 artışla 11 Nisan'da kaydedilmiştir. Bu tarihten itibaren inme eğilimi gösteren olgu sayıları, 4 Mayıs 2021 tarihinden itibaren artış eğilimine geçmiş ve Ülkede üçüncü alevlenme yaşanmıştır. Üçüncü Alevlenmenin piki 31 Mayıs'ta yaşanmış, bu tarihte 5.974 doğrulanmış vaka ve %227.16 artış gözlemlenmiştir. Ancak üçüncü alevlenmenin ikinci alevlenmeden görece daha hafif atlatıldığı görülmektedir (Şekil 1). Ölüm sayıları incelendiğinde ilk alevlenmede olgu sayılarındaki yükselişten yaklaşık iki hafta sonra ölüm sayılarında artış görülmektedir. Ancak ikinci alevlenmede ölüm sayılarının olgu sayılarının en yüksek kaydedildiği

11 Nisan'da ölüm sayılarında da 88 ile en yüksek sayıya erişmiştir. Bu tarihten sonra ölüm sayılarının değişken bir dağılım seyrettiği ancak hiç bir zaman bu sayının üzerine çıkmadığı görülmektedir.

Uruguay'ın salgında geldiği durum salgının devam ettiği şeklindedir. Çünkü, bir salgının sönümlenmesinden bahsedebilmek için vaka sayılarının etkenin en uzun kuluçka süresi boyunca, risk altındaki nüfusta yüzbinde 10'un altına inmesi gerekmektedir. Eylül 2020'den itibaren Uruguay'da (4 milyon duyarlı kişi var olduğunu kabul ettiğimizde) 14 günlük herhangi bir dönemde, toplam yeni hasta sayısının 400'ün altına indiği (14 gün süreyle günde 30 yeni doğrulanmış vaka olduğu gün, ya da 1 hafta süreyle günde 60 doğrulanmış yeni vaka olduğu gün) bir dönem yaşanmamıştır.

Worldometer tüm dünya için ülkelerin COVID-19 verilerini derlemek ve görselleştirmektedir. Bu veriler incelendiğinde 24 Ağustos 2021 tarihindeki son güncelleme ile toplamda 384.181 olgu, 6.016 ölüm bilgisi paylaşılmıştır. Bu verilere göre Uruguay'da üç alevlenme izlenmektedir (Şekil 2). İlk alevlenme Aralık 2020 gibi başlamış ve diğer ikisine kıyasla daha hafif atlatılmıştır. İkinci alevlenme Mart ayından başlayarak 10 Nisan 2021'de 35.532 aktif vaka sayısı ile tepe noktasına çıkarak Mayıs ayına dek sönümlenmeye başlamış ancak tam sönümlenmeden üçüncü alevlenme yaşanmıştır. Worldometer verilerine göre Üçüncü alevlenmede aktif olgu sayısı 37.675 ile ülkede pandemi sürecindeki en yüksek sayıya erişmiştir. Ağustos 2021 itibarıyla aktif vaka sayılarının 1317'e indiği görülmektedir. (WHO, Countries Uruguay, 2021). (Worldometers, Uruguay, 2021). (Şekil 2)



Şekil 2. COVID-19 aktif vaka sayıları, Şubat 2020-Ağustos 2021

Kaynak: Worldometers, Uruguay, 2021.

3. Uruguay'da COVID-19 Pandemi Önlemleri Zaman Çizelgesi (Presidencia Uruguay, 2021)

Mart 2020:

Sağlık çalışanlarına ve halka yönelik olarak hastalık belirtileri, kişisel hijyen önlemlerinin alınması, kalabalık ortamlardan kaçınma, hasta ile temas eden ya da hastalık belirtileri gösterenlerin yapması gerekenler ile ilgili bilgilendirmeler yapılmaya başlanmış,

Test analiz laboratuvarlarını nicelik ve nitelik olarak geliştirilmesi için alt yapı ve olanakların sağlanması için çalışmalar yürütülmüştür.

Başta kamu çalışanları olmak üzere çalışanlarda virüsün yayılmasını önlemek için hijyen protokolleri yaşama geçirilmiştir.

COVID-19 ile ilgili telefon ya da internet aracılığı ile ücretsiz olarak soru sorma uygulamaları başlatılmıştır. Bu sisteme 24 saat boyunca hekim ve sağlık çalışanı görevlendirilmesi uygulamaya konmuştur. Ayrıca, akıllı telefonlar için bir uygulama hazırlanmış hem akla takılan soruların sorulması ve coğrafi bilgi sistemleri kullanarak bir riskli alana yakın olduklarında bir uyarı alacakları bir uygulama yazılmış ve her kullanımda geliştirilmek üzere aktif kullanıma açılmıştır.

Kişisel hijyen malzemelerinin ulusal ölçekte temini için harekete geçilmiş, üretim tesisleri kurularak faaliyete geçirilmiştir. Ayrıca, COVID-19'u tespit etmek için moleküler tanı tekniklerinin geliştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır.

Ülkedeki vaka sayısına tam hâkim olmak için kamu ve özel tüm laboratuvarlardan gelen bilgilerin merkezileştirilmesi çalışmaları başlatılmıştır. Ayrıca, ihtiyaç halinde ülkede mevcut olan sağlık insan gücü ve sağlık malzemesi, tanı kitleri vb. gibi durumlarının saptanması, korunması ve gerekli miktarların saptanarak acil durum rezervi olarak Pan Amerikan Sağlık Örgütü'ne (PAHO) destek talebi iletilmiştir.

Ayrıca yoğun hasta bakım talebini karşılayabilmek için Koronavirüs enfeksiyonu şüphesi olan hasta ve yakınları için Devlet Sağlık Hizmetleri İdaresi (ASSE) veya ülke içindeki özel hizmet sağlayıcılar aracılığıyla evde bakım hizmetlerinin özel ve kamu sigortası teminatına eklenmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Hastalık bulaşının ulusal ve uluslararası düzeyde engellenmesi için alt yapı çalışmaları, organizasyonlar ve protokollerin hazırlanması için çalışmalar başlatılmıştır.

Enfeksiyonu kapmış tıbbi ve tıbbi olmayan çalışanlar için hastalık sigortasının karşılanmasını mümkün kılabilmek ve COVID-19'un meslek hastalığı olarak mevzuata dahil edilmesi için Parlamento'ya bir kanun tasarısı gönderilmiştir.

65 yaş üstü kişilerin önleyici karantinaya uymaları için teşvik kapsamında eylem planları hayata geçirilmiştir. Örn. alışveriş ve temel ihtiyaçların karşılanması, gerektiğinde evde bakım hizmetleri vb.

Hastalık ile mücadelede 80.000 pesonun üzerindeki likit maaşlı kamu görevlilerinin maaşlarının %5, 10 ve 20 ölçeğinde indirim yapılarak alınan nominal tutara göre iki aylık katkı payından oluşacak eyalet, bakanlık hükümetlerine, özerk kuruluşlara, yerel ve hizmetlere kişisel hizmetler sağlayan yaklaşık 15.000 yetkilili kapsayan Koronavirüs Fonu'nun oluşturulmuştur. Ayrıca, seçilmiş ve atanmış siyasi pozisyonlara, milletvekillerine, belediye başkanlarına, bakanlara, müsteşarlara ve mütevellî heyetlerine ait nominal maaşta %20 kesinti uygulanarak onlar da katkıda bulunmasına; ayrıca Fon'a kamu şirketleri ve kamu bankaları da katkıda bulunabilmesine ve çok taraflı kredi kuruluşları ile kredilerden sağlanan kaynaklar Parlamento'nun basın açıklamaları ile yayınlanmasına karar verilmiştir.

Sağlık acil durumu nedeniyle tecrit döneminde kadına yönelik ve aile içi şiddet olaylarından kaçınmak için farkındalık kampanyası ve yeni uygulamalar hayata geçirilmiştir. Örn. Sağlık personeli için yeni protokoller oluşturulmuştur, Elektronik halhal uygulaması ve Yargı Gücü ile daha fazla koordinasyon sağlanmış ve halka duyurulmuştur. Yargı kararı nedeniyle evlerini terk etmek zorunda kalan anneler/kadınlar için barınma vb. kotaların genişletilmesi ve çocuklara yardım talep edilebilmesi için bir sistem tasarlanmıştır. Toplumsal Cinsiyet Şiddet Danışma Konseyi'nin toplanmasına karar verilmiştir.

Nisan 2020:

Devlet Sigorta Bankasının kapsamının ülkedeki tüm doktorları kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Kamu görevlilerinin, HSB tarafından koordine edilen farklı eylemlerde gönüllü olarak çalışmaları için özel bir program oluşturulmuştur. Örn. Ulusal Kamu Hizmeti Ofisi (ONSC) ve Elektronik Devlet ve Bilgi Toplumu Ajansı (Agesic) tarafından hazırlanan plana göre, gönüllü çalışanların ilaçları ihtiyaç duyan yaşlı bireylere ulaştırılması için işbirliği ve organizasyon sağlanmıştır.

Hükümetten, durumu şimdiye kadar olduğu gibi karşılıklı dayanışma içinde sürdürmeye yönelik destek ve sosyal izolasyonun yeniden vurgulandığı yeni bir çağrı yapılmıştır.

Halk Sağlığı Bakanlığı ve tıp dernekleri tarafından hamile kadınlar da dahil olmak üzere hasta konsültasyonlarının yeniden kurulmasına yönelik bir protokol hazırlanmıştır.

Okulların yeniden açılarak eğitim öğretime yeniden başlamak için Ulusal Acil Durum Sistemi (Sinae), HSB ve Öğretim Birlikleri Koordinatörünün, en yüksek sıhhi kriterlerle okulda eğitimin yeniden başlatılmasını ele almak için bir sağlık güvenlik protokolü tasarlamak için ortak çalışma yapılmıştır.

Hükümet tarafından bugüne kadar uygulanan farklı önlemleri değerlendirmek için üst düzey bir değerlendirme ekibi oluşturulmuştur.

Sağlık sigortalı, sertifikalı ve evde karantinaya alınmış tıbbi ve tıbbi olmayan özeld çalışanlar için ilk üç günün sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Gıda üreten ve satan tesislerde yeni sağlık güvenlik uygulamalarının uygulamaların hayata geçirilmesine karar verilmiştir (maske, dezenfektan kullanımının zorunlu kılınması, müşteri sayısının kısıtlanması gibi..).

Ayrıca uygun alt yapı sağlanarak tüm tesislerin tahsilat, ödeme ve diğer finansal hizmetlerinde web tabanlı uzaktan/çevrimiçi uygulamaların kullanılmasının zorunlu kılınması zorunlu kılınmıştır.

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarından oluşan bir komisyon tarafından huzurevleri, yaşlı bakım evler vb. kurumların kullanıcılarının ve çalışanlarının doğrudan ve sürekli kontrolü için uygulamalar hayata geçirilmiştir.

Mayıs 2020:

Brezilya ile sınır geçişlerinde ve resmi kontrolleri atlatmak için kullanılan ikincil/kaçak yollarda sağlık kontrollerinde artışın sağlanması için gerekli çalışmalar tamamlanmıştır. Brezilya ile ortak protokoller imzalanmış, Brezilya sağlık sistemi ile ortak eylem ve uygulamaların koordinasyonunun sağlanmasına başlanmıştır.

Tarama testi sayısı ve yoğun bakım yatakları kapasitesinin artırılması eylem planının hayata geçirilmiştir.

Haziran 2020:

Halk sağlığı önerilerinin güncellenerek tekrarlanmasına karar verilmiştir. Örn. Hijyen önlemlerinin güçlendirilmesi, mümkün olduğunca evlerin içinde kalın uyarılarının sıklaştırılması, Dışarı çıkma durumunda maske ve sürekli fizik mesafe (2 mt) uyma mesajlarının verilmesi vb.

Temmuz 2020:

Karantina ve temaslı taramalarına ek tüm sağlık çalışanlarının ve hastanede yatan herkesin taranması ve seropozitifliğin saptanması için tarama uygulamalarına geçiş planlanmıştır. Buna göre karantinadaki tüm temaslılara ve tüm sağlık personeline ve hastanede yatan hastalara PCR taramasının başlatılması, Viral sirkülasyonu değerlendirmek için, koordinasyon içinde, toplamda 1.000'e yakın bir sayı olacak şekilde rastgele swab uygulaması, Montevideo ve Canelones'teki sağlık merkezlerine kabul edilen tüm bireyler için zorunlu PCR kontrolü uygulamasına geçilmiştir.

Eylül 2020:

COVID-19'un hızlı tespiti çalışmalarının başlanmıştır. Buna göre; 45 dakikada test sonucu verebilmek için Pasteur Enstitüsü tarafından geliştirilen yeni bir tekniğin Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından onaylanmıştır.

Ekim – Kasım 2020:

Yeni vakalarda artış sebebiyle Halk sağlığı uygulamalarında sıkılaştırma kararının alınmıştır. Örn. sağlık merkezlerinde ve tüm çalışmalarda zorunlu maske kullanımı, ameliyat sonrası veya doğumlarda refakatçi sayısının kısıtlanması, acil olmayan ameliyatların ertelenmesi, özel parti düzenleme ve öncesinde düzenlenecek kalabalıklara katılma yasağı ve ekonomik yaptırımların uygulanması vb.

Aralık 2020:

COVID-19 olan bir kişiyle şüpheli temas durumundaki yapılacakların anımsatılmasına karar verilmiştir. Örn. gönüllü karantina yapılması ve tıbbi yardım talep edilmesi vb.,

Uzaklaştırma önlemleri gözden geçirilmiş, yüz maskesi ve havalandırma 2 saatten fazla sürmeyen küçük sosyal toplantılar yapılmasına izin verilmiştir. Ayrıca, kamusal alanlarda her türlü kalabalığın önüne geçilmesi için idari önlemlerin alınmasına karar verilmiştir.

2-18 Aralık 2020 tarihleri arasında barlar ve restoranların saat 00:00'da kapanması önlemleri alınmıştır.

2-18 Aralık 2020 tarihleri arasında mevcut protokole tabi tarafların yetkililerce belirtilen kurallara uyum durumunun denetlenmesi ve uyulmadığı durumda ekonomik yaptırım uygulanması; Protokole tabi olmayan taraflara ise mali yaptırıma ek olarak ilgili suç duyurusu eklenmesi kararları verilmiştir.

Özel toplantıların 10 kişiyi geçmeyeceği kararlaştırılmıştır. Ayrıca, Hükümet, belediyeler ve Belediye Başkanları Kongresi ile birlikte, geleneksel fuarlarda kalabalığı önlemek için önlemler alınmıştır.

Ocak 2021:

Test sayılarının ve denetlemelerin vaka ve ölüm sayılarının daha yüksek olduğu Montevideo, Canelones ve Rivera'da daha da artırılmasına karar verilmiştir.

Sağlık önlemlerine uymayan ticaret ve iş yerlerinin yaptırıma tabi tutulması ve önlem amaçlı kapatılması kararı alınmıştır.

Mart 2021:

Özellikle yoğun bakım merkezlerindeki tıbbi alt yapı gözden geçirilerek geliştirilmiştir.

Mayıs – Ağustos 2021:

17 Mayıs'tan itibaren yüz yüze görüşmeli etkinlik, toplantı ve operasyonların koordineli ve kademeli başlamasına karar verilmiştir.

Ertelenen planlı ameliyatların 15 Temmuz'dan, konsültasyonların 1 Ağustos'tan itibaren yüz yüze olacak şekilde geriye dönüşüne karar verilmiştir.

4. Aşılama Durumu

Uruguay Hükümeti aşı ile ilgili ilk resmi açıklamasını Ekim ayının başında gerçekleştirdi. 13 Ekim 2020'de Başkan Luis Lacalle Pou, Halk Sağlığı Bakanlığı ve bilim akademisine danışarak, Uruguay'ın COVID-19'a karşı onaylanmış bir aşı satın alan ülkeler listesine dahil olmak için WHO/PAHO COVAX sistemine entegre olmasına karar verdiği açıklamasını yaptı (**Presidencia Uruguay vacunas, 2021**). Ayrıca, Sekreter

Álvaro Delgado, Koronavirüs Fonu'ndan kaynaklı 2,5 milyon dolarlık yatırım ile 1,5 milyon doz garanti verdi. Bu açıklamalardan 3 ay sonra, 23 Ocak 2021'de yapılan açıklamaya göre Pfizer/bioNtech (2 milyon), Sinovac (1.750.000) doz aşı için anlaşma imzalandığı duyuruldu. 3 Şubat'ta ise 172.800 doz Astra Zeneca aşısının alınacağı belirtildi (**Presidencia Uruguay vacunas, 2021; Elpais, 2021**). Bu haberlerden de anlaşılacağı gibi Hükümetin,

aşılama bir an önce başlamak istediği ve bunun için çabaladığı Ocak ve Şubat aylarında basında sıkça yer alıyordu. Yine Şubat'ta çıkan haberlerde öncelikle iki firmadan da aşı alınacağı, ilk olarak haftalık 50 bin doz olacak şekilde 200.000 doz gönderileceği, aşılamanın elde 200 bin doz aşı olması sonrasında başlanacağı bildirilmişti (**Elpais, 2021**). Resmi açıklamalarda Hükümetin 2.8 milyon kişiyi aşılama için 3.75 milyon aşı aldığı bildirildi (**Presidencia Uruguay vacunas, 2021**). 20 Ağustos 2021 itibarıyla toplamda 5 284 956 doz aşı yapıldığı, nüfusun %74.59'unun 1 doz, %69.60'ının da 2 doz aşı olduğu, 176 306 kişinin 3. Doz anımsatma aşısı olduğu açıklanmıştır (<https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/>).

DSÖ, Ülkede ilk aşılamanın 17 Şubat 2021'de başladığını belirtmiş ve 20 Mart 2021 itibarıyla toplamda 289.895 doz aşının uygulandığını, en az bir doz ile aşılama kişi sayısının 64.895 olduğunu bildirmiştir. Son olarak ise, DSÖ 23 Ağustos 2021 tarihi itibarıyla 5,230,384 doz aşı yapıldığını, 2,442,827 kişinin tam doz aşılı, 2,636,342 kişinin en az bir doz aşılı olduğunu açıklamıştır. Ülkede 27 Şubat 2021'de Sinovac-Coronavac, 17 Nisan 2021'de AstraZeneca-Vaxzevria Pfizer BioNTech-Comimaty aşılarının kullanılmaya başlandığını bilgisi paylaşılmıştır (**WHO, 2021**). Ülkede 3. Doz aşılama, iki doz sinovac aşısı olanlar, halihazırda Pfizer, Sinovac veya Astrazeneca aşıları almış orta ve ciddi derecede bağışıklığı baskılanmış kişilere önerilmektedir (**Presidencia Uruguay vacunas, 2021**).

Sonuç

Sonuç olarak, Uruguay başlangıçta komşuları Brezilya ve Arjantin ile kıyaslanınca COVID-19 salgını ile mücadelede görece daha iyi görülmekteydi. Erken dönemde çok az sayıdaki olgusu ve pandemiyle başa çıkmadaki başarısı nedeniyle uluslararası sağlık yetkilileri tarafından övülen Uruguay'da, salgın yönetiminde bilimsel karar verme yöntemlerinin ekonomik kaygıların ağır basması nedeniyle kullanılmaması ile aşılama geç kalınması nedeniyle Aralık 2020'den bu yana vakaların hızla arttığı, ağır sosyal ve ekonomik bedeller ödendiği görülmektedir. Ülkede aşılama ile birlikte aktif vaka ve ölüm sayılarında azalma kaydedilmesine karşın, salgının etkisi hala sürmektedir.

Kaynaklar

- Aksu F.** Toplum ve Hekim. Ocak - Şubat - Mart - Nisan 2007: 22(1-2):23-28. https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=2051
- Aran D. Laca H.** Sistema de salud de Uruguay. salud pública de México 2011;53(2):265-73.
- Arbulo, Victoria, Castela, Gimena, Oreggioni, Ida & Pagano, Juan Pablo.** (2015). Improving health system efficiency: Uruguay: building up the national integrated health system. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/187934> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- BBC,** Latin Amerika 2021. <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-55623269>, (erişim tarihi: 20.03.2021)

- CDC,** Travel Uruguay, 2021. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/covid-4/coronavirus-uruguay>. (erişim tarihi: 20.03.2021)
- CDC,** 2021. COVID-19 in Uruguay. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/covid-4/coronavirus-uruguay> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- Elpais,** 2021. <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/vacuna-coronavirus-uruguay-2.html>
- Galeano, E.** (1983) Latin Amerika'nın Kesik Damarları. Çev. Hakmen R, Tokatlı A. Sel yayınevi. <https://www.presidencia.gub.uy/>
- Health and Welfare Source:** Uruguay, U.S. Library of Congress, (1990), <http://countrystudies.us/uruguay/41.htm> (erişim tarihi: 20.07.2020)
- Medyascope.** <https://medyascope.tv/2020/07/22/komsulari-brezilya-ve-arjantinde-vaka-sayilari-tirmanirken-uruguay-salgin-la-mucadelede-basariyi-yakaladi/> (erişim tarihi: 22 Temmuz 2020)
- OECD,** 2018. Latin Amerika'da Sağlık Sistemleri özellikleri 2018. 21 ülke <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/0e8da4bd-en.pdf?expires=1610283680&id=id&accname=guest&checksum=6114D552D20307442077456A7F1D1C6E> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- OECD,** 2020. Latin Amerika ve karayip 2020. 33 ülke, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6089164f-en.pdf?expires=1610282444&id=id&accname=guest&checksum=93C51EEE5B5C40871CBF96582E318385> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- PANES.** <http://dinem.mides.gub.uy/61473/plan-de-asistencia-nacional-a-la-emergencia-social-panes> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- PAHO,** 1998. Pan American Health Organization. Health in the Americas, 1998 edition. Washington, D.C. PAHO; 1998 (PAHO Scientific Publication; 569).
- PAHO,** 2021. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2021-respuesta-uruguay-2020-pandemia-covid-19> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- Pelit A.** Uruguay'da değişim, Birikim Dergisi, Mart 2006; 203: 108-110.
- Presidencia Uruguay,** 2021. <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/medidas-gobierno-sanitaria-emergencia-sanitaria-covid19> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- Presidencia Uruguay vacunas,** 2021. <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/delgado-vacunas-covid-19> (erişim tarihi: 23.08.2021)
- Rendición de cuentas ejercicio 2013.** Montevideo: Junta Nacional de Salud; 2014.
- Setaro M.** (2013). La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012): Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social con inspiración desarrollista. [Tesis doctorado en Ciencia Política]. Montevideo: **Universidad de la República;** 2013. (erişim tarihi: 20.03.2021)
- Sputniknews.** <https://tr.sputniknews.com/koronavirus-salgin/202006301042352366-avrupa-birligi-14-ulkeden-seyahate-izin-vermeyi-planliyor/>. (erişim tarihi: 22 Temmuz 2020)
- Uruguay embassy,** 2021. <https://uy.usembassy.gov/covid-19-information/>, (erişim tarihi: 23.08.2021)
- WHO,** Countries, Uruguay, 2021. <https://www.who.int/countries/ury/>. <https://www.who.int/countries/ury/> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- WHO,** 2020. Updated country preparedness and response. <https://www.who.int/publications/i/item/updated-country-preparedness-and-response-status-for-covid-19-as-of-9-june-2020>. (erişim tarihi: 20.03.2021)
- WHO,** 2021. <https://covid19.who.int/region/amro/country/uy>. (erişim tarihi: 23.08.2021)
- WHO Executive Board,** 144. (2019). Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage: draft resolution proposed by Bangladesh, Botswana, Canada, China, Finland, Georgia, Indonesia, Japan, Malta, Russian Federation, Sri Lanka, Switzerland, Thailand and Uruguay. **World Health Organization.** <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327837> (erişim tarihi: 20.03.2021)
- Worldometers,** Uruguay, 2021. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/uruguay/> (erişim tarihi: 23.08.2021)