



NACIONAL



**ACTA 2/2013
(COFESA)**

II Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud
(CO.FE.SA).
Del: 17/12/2013

Se realizó en el partido de Ezeiza, Provincia de Buenos Aires, en fecha 17 de diciembre del año 2013 la II reunión ordinaria del Consejo Federal de Salud del año 2013, con la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, a la vez Presidente de este Consejo, miembros de su gabinete, directores, jefes de programas, y las máximas autoridades sanitarias (o sus delegados) de 24 jurisdicciones de la República Argentina.-

La lista de participantes consta en el ANEXO I.-

La agenda consta en el ANEXO II.-

En el transcurso de la presente reunión, los Sres. Ministros suscribieron el acta de la reunión anterior (acta 01/13 ordinaria).-

El Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur dando la bienvenida a todos los participantes de la reunión y especialmente agradeciendo al anfitrión Dr Alejandro Collia. Luego, el mismo Dr. Collia agradece a todos los presentes.

El Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur da inicio formalmente al COFESA haciendo mención a los temas que se van a tratar, todos relacionados con la problemática sanitaria para hacer un balance de cuestiones actuales. También menciona la visita que se realizará a la tarde al Jefe de Gabinete de Ministros Cdor. Jorge Capitanich para la firma de un convenio marco para el recupero de costos de todos aquellos accidentados que ingresan en los Hospitales Públicos. Solicita iniciar la jornada con la presentación de la problemática del dengue para hacer un cuadro de situación detallado, las estrategias que se vienen utilizando y cuáles son los aspectos a mejorar.

1.-PROBLEMÁTICA DEL DENGUE

Actualización de la situación del dengue en la Región expone el Dr Héctor COTO; explica que Argentina no es un país endémico. La entrada del virus se origina en dos vertientes epidémicas claramente definidas: la zona central de Bolivia, en el departamento de Santa Cruz de la Sierra y los valles cochabambinos que determina el ingreso del virus a través de la provincia de Salta; y la segunda, con actividad en el mato grosso del Sur y Paraguay que es la responsable de la penetración del virus a través de las Provincias de Misiones y Formosa. Una matriz bi modal de ingreso del dengue al país que se repite año a año y que continuara vigente hasta que el propio dengue no determine lo contrario.

A partir de 1997, desde que el dengue reingresó al país por la vertiente del NOA, que provoco los primeros 19 casos de la historia reciente del dengue en la provincia de Salta, todos los años hubo dengue en nuestro país.

El año 2009 fue el año de mayor epidemia en el país (27.943 casos). Esta epidemia marco un punto de inflexión para la historia del dengue en la Argentina pues a partir de ella se construyó la arquitectura de vigilancia, prevención y control de la enfermedad que hoy da sustento a la plataforma de abordaje ante el dengue que se tiene como país.

El año 2013 con 2981 casos representa un significativo aumento con respecto a los años anteriores, hay dos elementos que se conjugan para explicar este incremento:

En primer lugar es pertinente decir que hoy Argentina diagnostica la inmensa mayoría de

los casos de dengue que ocurre en su territorio. Si bien es cierto que todavía existe una pequeña brecha entre su detección y la notificación, esa brecha es cada vez menor y esto se refleja en este incremento que se observa en la estadística.

El segundo elemento, tal vez el de peso específico más importante, es que la vertiente de mato grosso do sur y Paraguay, ha presentado un área de hiper actividad absolutamente superior a lo normal, que se tradujo en una epidemia sencillamente descomunal. Una epidemia que tuvo como epicentro Paragua y el mato grosso do sur. Y una epidemia de la que el NOA ha formado parte del anillo perimetral. Si hacemos un racconto de lo sucedido, vemos que Mato grosso do sur ratifico en el desarrollo de esta epidemia 101.758 casos con 34 fallecimientos como parte del 1.423.672 casos que notifico Brasil con 573 fallecidos. Y Paraguay lleva notificados 50.546 casos con 233 fallecidos. Esta es la magnitud de la epidemia que enfrentamos.

Al desagregar los casos de dengue por región, nos encontramos con la predominancia del NEA en cuanto al aporte de casos. Y si se tuviera que caracterizar el escenario epidémico que finalizo a mediados de año se podría resumir en 4 frases:

se identificaron 20 localidades con brote de dengue en 8 provincias de Argentina

se confirmó la circulación de dengue 1, 2 y 4.

se identificaron casos autóctonos aislados además en distintas provincias

no hubo notificaciones de casos graves en este periodo.

Se informa que en el periodo pos epidémico, a partir de la semana 29, en Argentina hay notificados 5 casos confirmados de dengue todos ellos con antecedente de viaje: uno de ellos en Bs As con antecedente de viaje a Panamá; 3 en Córdoba con antecedente de viaje a México; y uno en Santa Fe también con antecedente de viaje a México. Todo habitual en esta época del año.

A continuación se hace mención al incremento presupuestario en la dirección de vectores, lo cual da cuenta de la importancia que el Ministerio de Salud de la Nación da a este tipo de enfermedades (recursos con los que cuenta el Plan Nacional: agentes sanitarios nacionales: 250; agentes sanitarios financiados por las provincias: 840. Las provincias además tienen sus programas provinciales: otros 570 agentes. 106 vehículos en jurisdicción nacional; 288 que se entregaron a las provincias; Se distribuyeron en la temporada anterior más de 1200000 piezas gráficas y 19400 guías y lo propio se hará este año. También se cuenta con 5 equipos pesados de termo niebla y 36 equipos de ultra bajo volumen. Un stock de insecticidas suficiente para cualquier situación que el dengue nos depare: casi 80mil litros de insecticida que alcanza para rosear 800 mil hectáreas. Y obviamente reactivos para hacer todas las determinaciones que la red de laboratorios requieran)

Finalmente se hace referencia es el último reporte de la Organización Panamericana de la Salud, que muestra un incremento incesante de la enfermedad a partir de su reingreso en el año 1980 con la epidemia de la Habana. El año 2013 representa el record histórico de notificación de casos de dengue en el continente Americano: 2.280.889 casos que representa un aumento significativo con respecto a los 1.600.000 casos que se tuvo el año pasado. Y desagregados por región, gran parte de estos casos se los lleva el Cono Sur, casi el 70%. Esto nos habla de un escenario regional, sumamente compleja.

Toma la palabra el Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur quien agradece la presencia al Diputado Nacional, José Guccione, representante de OPS en Argentina y pone de manifiesto la magnitud del problema del dengue recalando que “en salud no hay fronteras” y menciona los números de casos en Brasil y Paraguay con la consiguiente presión para nuestro país. También habla sobre la visita conjunta, por instrucción de la Presidenta, con el Jefe de Gabinete a Paraguay para reunirse con el propio presidente de la República del Paraguay a fin de tomar magnitud del problema y la firma de Acuerdos de Cooperación Técnica por los cuales equipos nuestros están trabajando en la frontera con Paraguay.

El diputado José Guccione resalta la presentación que se hizo y hace referencia al Mundial de Brasil (junio-julio 2014) y las consideraciones que se deben hacer por la porosidad de la frontera ya que el dengue en Brasil y Paraguay es endémico. No así en la República Argentina. En esto dice que va a haber que replantear la estrategia para esos meses para ver

como se hace con todos los argentinos que van a ir al mundial de los cuales muchos pueden volver contagiados e ingresar la problemática a nuestro país.

2. PROBLEMÁTICA DE CHAGAS EN ARGENTINA

Expone el Dr Sergio SOSA STANI, agradece por considerar esta problemática en el máximo nivel político representado por este consejo.

Se muestra la evolución histórica desde que se inicia un programa de control en la década del 60 donde había aproximadamente 6 millones de personas infectadas, el conjunto de acciones iniciales, las acciones de control vectorial y posteriormente el control de sangre a transfundir, y el control de la trasmisión congénita que provoca una importante reducción ya que en la actualidad se tiene una estimación de alrededor de 1. 300.000 personas afectadas.

Con respecto a las acciones de prevención muestra datos del Plan estratégico Nacional de Chagas entre 2003 y 2012 que muestran avances en:

la interrupción de transmisión por vía vectorial (se puede ver que la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas, una de la población blanco de mayor sensibilidad, muestra que hubo una reducción desde el 2003 al 2012 de 5,5% a 3,3%; la otra población sensible en términos de mayor riesgo para adquirir la infección por vía vectorial, la población infantil, también muestra una reducción de 2,7 a 1,8% de niños infectados en el mismo período)

el mapa con índice de infestación en domicilios muestra la evolución de la infestación con vinchucas en los mismos. Se muestra como a lo largo de los años la intensidad de infestación de las vinchucas en el domicilio está en franca reducción con un agregado importante a tener en cuenta, que también la tasa de infección de las vinchucas ha disminuido significativamente. Lo cual tenemos una combinación de dos variables: menos vinchucas, y las vinchucas presentes localizadas en el peri domicilio con menos infección evitar adquirir la infección por vía transfusional a través de las acciones del plan nacional de sangre que también se encuentra en la agenda.

Al mismo tiempo, hay una acción sanitaria con una gran capacidad de hacer diagnóstico y poder ofrecer tratamiento a las personas infectadas a través de las diferentes estrategias que contempla el programa nacional.

Un aspecto muy concreto que se ha venido realizando desde el Ministerio de Salud, es la acción de gestión hacia las áreas de competencia de los programas que hacen el mejoramiento del ambiente. Y así hay provincias que tienen diferentes planes e incluso hay provincias que tienen hasta 5 planes de mejoramiento de vivienda. El mejoramiento del ambiente no solamente tiene un efecto favorable sobre la enfermedad de Chagas, sino sobre un conjunto de enfermedades que hacen a una mejor calidad de vida. El cuidado de las personas, es considerado una acción estratégica para lograr el control de la enfermedad de Chagas. En este momento Argentina tiene un modelo donde coloca con exactamente la misma magnitud y la misma concentración las acciones de prevención como también el cuidado de las personas.

También se han incrementado las acciones del programa de vigilancia de la salud a través del sistema nacional de vigilancia de la salud y el sistema de vigilancia de laboratorio. Se muestran gráficos donde se observa la cobertura de control de mujeres embarazadas, y la cobertura de niños, hijos de madres positivas bajo control.

Otro paso significativo que se realizó en sentido estratégico a nivel del Ministerio de Salud de la Nación es que se ha hecho una integración de los programas temáticos junto con la dirección de maternidad e infancia y de esta forma, se está trabajando con las direcciones de maternidad e infancia de todas las provincias entendiendo que es una acción integrada.

Otras acciones muy concretas que se están realizando para optimizar esta capacidad de diagnóstico y de control de Chagas congénito, recordándoles que es la principal vía de generación de nuevos casos, es que se están realizando intensas capacitaciones a los equipos de salud local y provincial. Hemos iniciado en Noviembre 2012 un programa de 2 años y ya se han realizado 21 talleres con más de 1600 profesionales que conforman al equipo de salud para mejorar estas capacidades.

En términos de diagnóstico, el Ministerio de Salud ha distribuido 450 lectores de Elisa con

lo que se refuerza a 270 laboratorios que conforman la red pública para el diagnóstico de Chagas en Argentina. También se ha iniciado un proceso de transferencias de métodos moleculares al sistema sanitario para optimizar el diagnóstico de Chagas congénito. Se tiene la expectativa de reducir el seguimiento que hoy nos lleva más de 10 meses de seguimiento a los recién nacidos, a un mes.

En 2012 se ha iniciado en Argentina un hito en términos de la producción nacional de uno de los tripanocidas. Frente a la pérdida de capacidad internacional de poder proveer este medicamento, Argentina ha demostrado la capacidad de respuesta rápida y en un lapso de 6 meses, un consorcio que surge de la mesa que ha convocado el Ministerio de Salud para la producción de metimazol en Argentina, lo produce con lo cual se logra la producción nacional de este medicamento. Esto genera una gran capacidad local pero también una gran capacidad de Argentina para ofrecer servicio a la región.

Otro avance que se está haciendo desde un programa nacional, y desde el punto de vista estratégico, es a través del programa Remediar ya que este programa tiene una llegada a 7 mil centros de salud en el primer nivel. Y entendemos que la atención de Chagas debe atenderse en el primer nivel, es así como se comienza a trabajar técnicamente con las provincias y prácticamente todas ellas están coordinadas técnicamente. En este sentido, de los alrededor de 1500 tratamientos notificados por año, podemos esperar la capacidad de tener 45 mil tratamientos notificados al año si cada centro de atención primaria tratara solo 6 pacientes por año haciendo tratamiento de Chagas. Es decir que el potencial para hacer este crecimiento exponencial es una realidad que está comenzando a transitarse.

Con respecto a la comunicación social, también desde el año 2010 se ha instalado en la agenda nacional “El día internacional por una Argentina sin Chagas”, también un ejemplo para varios países de la región, dado que se ha demostrado el alto impacto que este programa está logrando a nivel de la respuesta y la actitud de la comunidad. Para este año 11 mil personas se han registrado con participación activa en las diferentes provincias, y con más de 5 mil niños participando en charlas informativas.

También se menciona la importancia de la evaluación. Ésta es una actividad que se ha iniciado de manera programática en Argentina, y nos encuentra con un programa muy concreto de evaluaciones internacionales y evaluaciones nacionales que nos van permitiendo evaluar el impacto y las calidades con que se están realizando este conjunto de actividades.

Quedan brechas para resolver y en este sentido son las guías de trabajo cotidianas con los equipos técnicos. Son básicamente tres: la vigilancia continua y sostenible para las acciones de control vectorial donde los efectores municipales y provinciales son actores claves; el aumento de la detección de casos de Chagas congénitos a través de todos los efectores del sub sistema; y optimizar el acceso a la atención de pacientes en el primer nivel de atención también con todos los subsistemas que dispone el sistema sanitario argentino.

Por último se menciona que el conjunto de actividades no escapa de una estrategia combinada y de mesa de gestión integrada, y que de alguna manera el modelo del dengue, fue un modelo que enseñó la eficiencia del trabajo con esta modalidad. Y principalmente se menciona la necesidad de trabajar con diferentes aspectos de gestión con las áreas de infraestructura, por el mejoramiento del ambiente, con educación para actuar principalmente en la población infantil tendiente al cambio de comportamientos; y por supuesto, mejorar en su conjunto la calidad de vida.

3.- SISTEMA NACIONAL DE SANGRE

Expone el Dr. Andrés Leibovich; en el año 2004 (reglamentación de la ley existente) se tenía un panorama precario e ineficiente respecto del sistema nacional de sangre con un 97% de donantes por reposición y una gran inequidad porque los glóbulos rojos, las plaquetas, el plasma, o sea la disponibilidad de componentes solo existían en algunas capitales y ciudades del Interior. El resto se trabajaba con sangre entera. Había un 40% de maternidades sin sangre segura lo que implicaba un riesgo muy grande con 50 mil partos anuales. Los costos eran muy altos. Y no en todas las provincias se enviaba el plasma a la Universidad de Córdoba para el trabajo de derivados (algunas lo enviaban a bancos privados).

Se hace un pequeño raconto. En el año 2003 la primera idea fue tener un marco normativo porque se estaba en menos 10. En el año 2004 hay un decreto del presidente Kirchner reglamentando la ley existente y posteriormente, en el 2006, se dictan las normas técnicas que actualizan todo el trabajo para tener buenas prácticas de manufactura.

En las provincias se tenía una situación muy particular ya que no había personal capacitado, no había coordinaciones de sangre, no había trabajo de forma organizada. Entonces se empieza por una cuestión de gestión, calidad, promoción con la idea de capacitar a los RRHH y después empezar a trabajar sobre la provisión de insumos y equipamientos de una forma progresiva de acuerdo al grado de capacitación. El mismo año se trabaja sobre la promoción de la ley de donación que termina en el 2006, y el 2006 se define el día 9 de noviembre de cada año como el Día Nacional del Donante de Sangre (se cumplen los primeros 100 años que el Dr. Agote hizo la primera transfusión de sangre con citrato de sodio y a partir de allí todo lo que se sabe respecto de la no coagulación de la sangre). En el 2005 se firma el convenio entre el Ministerio y el Plan Nacional con las 24 jurisdicciones, y una inversión a valor actual de \$93 millones con equipos, procesamiento, móviles., insumos de laboratorios. En estos primeros años, se comienza a jugar en primera por la decisión política de darle a la sangre un verdadero y gran sentido de política de estado.

El trabajo diagnóstico con los centros regionales públicos y privados y el trabajo con organizaciones de la sociedad civil comienza a aumentar el número de insumos. Primero teníamos insumos para 250 mil donantes en el 2008, y ya en el 2009 más de 350 mil donantes (menciones a que Argentina fue por primera vez Sede del Día Mundial del Donante de Sangre y al convenio firmado entre el Ministro de Salud Manzur y el Ministro de Educación Sileoni para incorporar en la currícula educativa el tema de la donación voluntaria de sangre, el lanzamiento de un sello postal con el logo de la gota de sangre, el record guiness con la gota humana más grande del mundo con 1730 personas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y un Martin Fierro por un documental).

Otros aspectos relevantes a destacar, son el Programa de Sangre Segura con el ANMAT para fiscalizar los bancos de sangre debido a que hay muchos lugares en el interior, donde no se conoce cuál es la trazabilidad del plasma que va a la Universidad de Córdoba y que a nivel de Mercosur el tema Sangre haya pasado a tener rasgo de comisión.

Del comienzo con \$93 millones, nos encuentra en este momento con una inversión de \$238 millones y con un aumento en los insumos para 400 mil donantes, porque esto tiene un efecto progresivo.

Otro tema que se menciona es el de la instalación de 8 radiadores de sangre ya que hace más de 20 años que en Argentina no se instalaba un radiador de sangre y había solo dos en la provincia de Buenos Aires. Ahora se decidió la compra de 8 radiadores, de los cuales 6 ya están instalados (2 en la Provincia de Buenos Aires, Misiones, Salta, Tucumán, Mendoza. En Córdoba y Santa Fe están llegando entre Enero y Febrero con la instalación correspondiente). Los radiadores tienen una proyección en cuanto a lo que es la calidad de sangre.

Se hace una comparación entre lo que eran 700 bancos hospitalarios y que en la actualidad solo quedan 129, lo cual no quiere decir que se hayan cerrado, sino que los que quedaron lo hacen como unidades transfusionales y no procesan. Los que procesan son los bancos centrales y regionales. Esto es un logro muy importante.

En el 2003 había solo 2 bancos centrales y hoy hay 22 en 24 provincias. Que de 378 mil donantes, se haya pasado en el sector público a 662 mil (aumento de un 75%). Y en la donación voluntario hemos incrementado un 1060%. También en los componentes se ha tenido un incremento muy grande. Y en el costo vamos descendiendo progresivamente en las infecciones por transfusión.

Luego se habla de las debilidades para poder mejorar. La mayoría de las unidades de gestión de donantes no tienen estructura. No hay estructura que pueda permitir en las provincias hacer un trabajo fuerte, o una estructura de contra parte con gente asignada con tareas específicas. Los bancos centrales no tienen estructuras definidas. En muchos casos no se tiene en cuenta la hemovigilancia, el monitoreo de los glóbulos sanguíneos. Muchas veces en las provincias no se tiene el testeo permanente de cómo se trabaja, si se respetan

las reglas de manufactura y si la trazabilidad en el manejo de la sangre es el acertado porque muchas veces hay intereses sectoriales con resistencia al cambio.

Con todo lo que se ha crecido a partir del 2009, muchos sectores, por intereses mezquinos se resisten a trabajar con los bancos regionales y centrales, lo cual ahorraría dinero, tiempo y se ganaría en seguridad. Esto por supuesto demora la implementación del nuevo modelo. Y cuando hablamos del nuevo modelo, queremos decir que tenemos que terminar con el modelo de reposición, que tenemos que terminar con un modelo que significa estrés e inseguridad, que implica todo lo negativo que hasta hace años teníamos y ahora no queremos tener más y que queremos cambiar con el modelo voluntario, solidario y altruista.

Se muestra un proyectado 2013-2015. Empezamos con alrededor de \$90 millones y ya tenemos para el 2013-2015, \$350 millones. Esto es decisión política. Hemos comenzado este año con el día mundial del donante en Francia, y se ha firmado un convenio parecido al que se ha firmado con la comunidad valenciana, pero con un agregado: el proyecto de armar en Argentina una diplomatura en medicina transfusional por primera vez en la historia.

El objetivo es tener más donantes voluntarios en cada provincia, para no tener que agregarle al estrés a cada persona el salir corriendo a buscar sangre a cualquier lado, a cualquier costo y sin saber si es una sangre segura. Se espera duplicar el próximo año el número de donantes voluntarios. Para ello se necesita la firme decisión política de cada uno de los ministros provinciales de jerarquizar el tema de la sangre en cada una de las provincias porque ello implica menos costo, más vida y sobre todo, más vida segura para cada uno de los pacientes que necesita una transfusión. Agradece y termina

4.- ENFERMEDADES PREVENIBLES A TRAVÉS DE INMUNIZACIÓN

Expone la Dra. Carla Vizzotti, la idea de la presentación se basa en mostrar los logros en todos los niveles (Municipio, Provincia y Nación), se fue teniendo porque el programa de inmunización es absolutamente transversal. Se destaca que no hay forma de trabajar desde un solo ámbito y que por ello también incluye educación y otras áreas.

El programa nacional de control de enfermedades inmuno prevenibles y la prevención primaria detrás de las vacunas es claramente una política de estado (ejemplo de la vacunación anti gripal de la presidenta, y el Ministro vacunándose todos los años).

Se menciona la fuerte evolución: se tienen vacunas para cada etapa de la vida. Desde el embarazo, hasta los adultos mayores. Se posee uno de los calendarios de vacunación más completos de Latinoamérica con vacunas gratuitas y obligatorias: se ha avanzado de las 8 vacunas de 1999 a 16 vacunas actualmente, incluso algunas que se han incorporado en los últimos años son muy costosas (anti gripal, vacuna contra el virus papiloma humano y la vacuna contra el meningococo). Además, no se depende del poder adquisitivo para poder recibir las vacunas como sucedía hasta algún tiempo, sino que las vacunas llegan en todo el país, a toda la gente y de acuerdo al calendario nacional de vacunación.

En 2013 Argentina fue el primer país de Latinoamérica en disponer de forma universal de la vacuna contra la hepatitis B: los chicos menores de 20 años tienen que estar cubiertos con esta vacuna por el calendario nacional y es porque en todos los vacunatorios están disponibles las 3 dosis de vacuna de hepatitis B para el 100% de la población. También fuimos el primer país de Latinoamérica de disponer de manera gratuita la vacuna para la tos convulsa y vamos a poder ver resultados importantes.

Este crecimiento que es sanitario y tiene un impacto económico muy importante con un aumento del casi 800% del presupuesto destinado al calendario nacional de vacunación, y con un crecimiento muy grande en relación a las vacunas que se almacenan, se distribuyen en cada una de las 24 jurisdicciones. De 25 millones de dosis que poseíamos, superamos los 55 millones de dosis por año que se distribuyen en todo el país.

Una de las estrategias que tienen que acompañar este crecimiento tan importante, es fortalecer la cadena de frío y para ello hay varias áreas involucradas y una inversión importante en relación a un proyecto entre Nación y Provincias, en relación a un proyecto de construcción de almacenes en las jurisdicciones (provisión de terreno por parte de las provincias, y el compromiso de Nación de construir un almacén) Luego se mencionan la situación de las diferentes provincias (etapa 1, Chaco Córdoba, Santa. Fe, La Pampa, Rio

Negro y San Luis ya está en marcha. Etapa 2, Formosa y Tucumán que presentaron los terrenos; Etapa 3: Entre Ríos, Mendoza y Salta y Etapa 4, Chubut, Jujuy, Tierra del Fuego, Buenos Aires y San Juan. Estamos ahora terminando de trabajar para definir con Santiago del Estero y Santa Cruz) El resto de las provincias ya tiene su almacén de vacunas como por ejemplo La Rioja que fue el primer almacén de vacunas con las cámaras que fueron provistas desde Nación.

Por otro lado, también desde Nación se han instalado cámaras modulares de cadena de frío. En 2012 se han instalado en 6 provincias. En 2013, se está trabajando para instalarla en 14 provincias, y en 2014 se van a completar las 24 jurisdicciones con lo se está ampliando en un 35% la cadena de frío en cada una de las jurisdicciones para poder almacenar de forma segura las vacunas de calendario. Y como se sabe que en Argentina además de los almacenes provinciales y los vacunatorios, las distancias y terrenos hace que sea un desafío llegar al 100% de la población, se está trabajando también para el equipamiento en cada uno de los laboratorios: 10 mil heladeras en proceso, se distribuyeron 10 termos para poder hacer las actividades en terreno, se compraron termómetros digitales externos para todas las heladeras para que no tengan que abrirse y pierdan la temperatura, y otro paso importante para poder colaborar en la distribución de cada una de las provincias, es que ya se entregaron 11 camionetas con una caja térmica con sistema de temperatura controlada, y antes de marzo estamos terminando de entregar las 21 licitadas.

En relación al crecimiento presupuestario y a la transparencia y a la relevancia que tiene la trazabilidad de las vacunas, el sistema de monitoreo e insumos sanitarios es una herramienta importante de gestión de los insumos del programa. Todo el recorrido que hacen las vacunas desde el laboratorio productor (hay dos vacunas que se producen en la Argentina) tiene que ser en temperatura controlada hasta que llega a la cámara. Y una vez que llega a la cámara, se distribuye a las provincias, y de las provincias a los vacunatorios. Hay una gran diversidad del RRHH que tenemos involucrado. En ese sentido, Argentina tiene el almacén central donde se distribuye a los 24 almacenes provinciales, a las 100 regionales que tienen que llegar, a los más de 8600 vacunatorios, y a los más de 42 millones de personas que viven en Argentina. En este sentido, también se está trabajando con el REMEDIAR para poder distribuir a través de los CAPS los insumos descartables y folletería.

Uno de los grandes logros de este año para el programa es haber podido terminar el registro de vacunación nacional nominalizado que es online (NomiVac). A pedido del Ministro se ha trabajado en no compartimentalizar. Tener alguna herramienta que nos permita tener la información de la persona que se vacuna por nombre, apellido y lugar de residencia. Antes, de ninguna manera teníamos la realidad de las coberturas. Era muy difícil poder tener un avance de meta o un seguimiento estrecho de las personas vacunadas. Y también era un desafío muy grande trabajar respetando los sistemas de información de las provincias, no generar duplicación del trabajo y tener una visión global en relación a la información de los ciudadanos. En el contexto de la región, Argentina está bien posicionada en relación a los puntos que se consideraron claves: la identificación; una fuente de datos poblacional y que el sistema sea integrado. Hasta ahora ningún sistema de la región es integrado. Son todos sistemas compartimentalizados que tienen que cargarse específicamente. El NoviVac se lanzó el 3 de Junio de este año. Ya hay 11 provincias, que lo utilizaron como sistema de información. Hoy podemos decir 12, porque Buenos Aires va a empezar a partir del 1 de enero. Luego se comenta el estado de situación de cada provincia respecto del sistema y que el desafío es fortalecerlo entre todos.

Respecto del trabajo con las provincias, este año fue un año bisagra en relación a las capacitaciones. Se venía trabajando la cadena de fríos, se hizo un taller de gestión, se hicieron ateneos, se empezó a trabajar con la dirección de epidemiología de Nación en talleres integrados de vigilancia epidemiológica lo que estimuló la notificación y sensibilidad. Se empezó a trabajar en cursos virtuales con el SUMAR, se completó el cuarto simposio internacional de inmunización, y se hizo el primer curso departamental en el Impenetrable Chaqueño. La participación de todo el equipo de salud es muy importante, y tuvimos la participación de más de 2500 integrantes del equipo de salud y encuentros presenciales o virtuales a nivel provincial, regional, departamental y nacional. Ésta es una

instancia muy importante de retroalimentación porque se generan situaciones que enriquecen mucho también gestión del programa a nivel nacional y permite mejorar las actividades.

El otro logro que tuvimos este año es el Proyecto Puesta en Valor de los vacunatorios públicos que consiste en ambientar los vacunatorios para que sea un lugar agradable. Otro aspecto importante era jerarquizar la labor y optimizar las condiciones del equipo de salud. Difundir esta estrategia desde el nivel nacional, provincial y municipal y trabajar con distintos socios dentro y fuera del sector salud para alcanzar la mayoría de los 8600 vacunatorios.

En relación a Hepatitis A, se hace mención a los logros sanitarios concretos, desde la incorporación de la vacuna al calendario. En 2005 se decidió una estrategia de vacunación que era innovadora y única en el mundo: vacunar con una dosis de vacuna, y desde la incorporación de la vacuna se redujo la tasa de incidencia en el 90%, y en todas las regiones. Ahora Argentina es un país de baja incidencia de Hepatitis A en todas las edades. El virus de la Hepatitis A dejó de circular en Argentina. Y desde Marzo de 2007 no se tienen trasplantes hepáticos por el virus de la Hepatitis A.

A partir de esto, el ministro nos consultó acerca del impacto económico de este proyecto. Tratamos de analizar los costos sanitarios y no sanitarios (se muestra una tabla con los costos sanitarios y sociales de las hepatitis A, las hepatitis fulminantes, los trasplantes hepáticos y los tratamientos inmunosupresores de por vida y la muerte de las personas por estas causa). Cuando se compara el período 2000/2004 se invirtió en atención de gente enferma \$407 millones mientras que 2006 a 2010 \$46 millones. Lo que fue un descenso casi del 90% del presupuesto. Mientras que la inversión en el programa de vacunación aumento casi el 600% de \$26 millones a \$186 millones. Y cuando uno ve el costo total de \$434 millones habiendo aumentado un 600% el programa de vacunación, el costo total es de menos del 50% sin tener trasplantes hepáticos y teniendo la población más sana sin circulación del virus de la hepatitis A. El Ministro fue a la OMS a presentar esta estrategia que es única en el mundo.

También, a pedido del Dr. Manzur se hizo un estudio para ver si hacía falta una segunda dosis. Se hicieron 2 estudios que mostraron que después de 5 años de vacunación con una dosis de hepatitis A, que de los niños que la habían recibido, el 97% tenían anticuerpos protectores. Y el 70% de los chicos que todavía no se habían vacunado eran susceptibles. Esto mostraba que la persistencia de los anticuerpos protectores era a mediano plazo aceptable y que no había circulación del virus de la hepatitis A. La OMS avaló y recomendó la estrategia de salud pública de la Argentina a otros países. Colombia y Paraguay empezaron a vacunar con una dosis única de hepatitis A en sus calendarios y Brasil ya anuncio, que lo va a hacer en 2014. Así que esta experiencia sirvió para que otros países pudieran incorporar la vacuna con la mitad del costo y sabiendo que estaban haciendo una estrategia eficiente para protección de sus niños.

En relación al virus papiloma humano, la fortaleza que tiene Argentina en relación a esta estrategia de prevención, es el abordaje integral. La mayoría de los países, cuando se ve cómo implementaron la vacunación, lo hicieron de manera compartimentalizada, y no con este abordaje integral de trabajo que se hizo desde un programa nacional de prevención de cáncer cervicouterino, del instituto nacional del cáncer, el programa de vacunación y el laboratorio nacional de referencia que en Argentina además, es el laboratorio de referencia de la OMS. Así que en relación a las coberturas nos ha ido muy bien. Es importante saber que la tercera dosis es la que le va a dar la inmunidad y la duración de los anticuerpos a las chicas que se vacunen. Tenemos la primer dosis de casi 90%. La segunda dosis de casi 70%. Y arriba del 50% la tercera dosis. Lo más importante es generar acciones intensivas en las escuelas para que no caiga la tercera dosis de vacunación.

En Argentina también se va a tener disponible la vacuna cuadrivalente con una característica bien importante que no sucede tampoco en ningún país del mundo: que es vacunar entre los 11 y 26 años a hombres y mujeres que conviven con trasplantados porque en esos grupos tienen más riesgo de tener cáncer y peor pronóstico. No es un número muy grande de personas, pero si se puede captar con las 3 dosis de la vacuna, a hombre y

mujeres, se va a disminuir el impacto de esta enfermedad en este grupo de personas que tienen una particularidad en relación al riesgo de evolucionar la persistencia y cáncer.

El otro gran pedido del Ministro había sido mostrar los resultados de la operación contra el neumococo. Nosotros empezamos a vacunar en Argentina en 2012 y el periodo de tiempo es muy corto para tener resultados pero nuestro objetivo era disminuir la enfermedad de neumococis pasiva, disminuir la mortalidad por neumonía, y sus secuelas en Argentina. Por eso se puso de forma gratuita la vacuna contra el neumococo en todos los niños menores de 2 años. Desde la incorporación de la vacuna contra el neumococo, la reducción de las internaciones mensuales por neumonía probablemente bacteriana en niños menos de 5 años, fue más del 40%. En un año de vacunación, se redujo 40% las neumonías lo que significa alrededor de 11 mil chicos menos que tuvieron neumonía en la Argentina que seguramente son los que no hubieran podido comprar la vacuna si no estaba en el calendario nacional de vacunación. Se trata de un número importante en tan poco tiempo. En relación a las meningitis que son mucho menos, tenemos 90 meningitis por neumococo en menores de 2 años en 2011. Pero también en 2012 y 2013, el número de meningitis por neumococo en Argentina se redujo igual que la neumonía, el 41%.

Y en relación a la tos convulsa, que fue otro problema muy importante durante 2011, en Argentina se tuvo zona de brote durante todo el año, y tuvimos 70 fallecidos por tos convulsa: 93% menores de 4 meses, y casi todos menores de 6 meses. Y el problema de los menores de 6 meses es que no llegan a tener el esquema completo de vacunación. El problema más grave en relación a las tos convulsa es que quien se muere son los lactantes menores a los 6 meses. Con esta situación, la comisión nacional de inmunizaciones recomendó: mejorar la cobertura de vacunación; fortalecer la vigilancia epidemiológica; y como medida estratégica para disminuir la mortalidad de menores de 6 meses, vacunar embarazadas desde la semana 0 de gestación. También recomendó evaluar el impacto. Para ello se está haciendo un estudio único en el mundo con el Centro de Control de Enfermedades de USA, haciendo un estudio de caso control para poder demostrar que la vacuna contra la tos convulsa a partir de la semana 20 de gestación disminuye la mortalidad de los lactantes. Además, Argentina tiene uno de los calendarios más completos contra la tos convulsa con la serie primaria, (a los 2, 4 y 6 meses), con un refuerzo a los 18 meses, con otro refuerzo al ingreso escolar y con otro refuerzo a los 11 años. Agregando también como primer país en Latinoamérica, la vacunación en la embarazada a partir de la vigésima semana (se muestra en tabla el impacto de los casos confirmados de tos convulsa del 2011 cuando fue el brote y como disminuyeron los casos). Lo más importante, es que a partir de la vacunación de la embarazada, se la vacuna contra la gripe y tos convulsa, y la tos convulsa durante todo el año no estacional (muestra la disminución de los muertos en Argentina: en el 2011 tuvimos 70, en el 2012, 32, y 12 de los chicos que fallecieron, fallecieron en Enero, cuando todavía no se había empezado a vacunar. Y en el 2013 se tuvo 9 muertos).

Respecto de la Gripe, recuerda cómo debutó el Ministro Manzur en la pandemia del 2009. En el 2010 hizo la campaña de vacunación más importante que se hizo en la historia de la Argentina con 12 millones de dosis de vacunas anti gripal. A partir de ahí, y con el objetivo de sostener ese logro se incorporó la vacuna al calendario. Y el objetivo de Argentina es que no se muera gente por gripe. Son seis, los grupos que son la población objetivo que hay que vacunar contra la gripe durante la campaña de invierno. Nos fue bien sosteniendo la estrategia. El objetivo más grande era que alejados de la pandemia se pudiera seguir vacunando con este abordaje integral de las enfermedades respiratorias: tos convulsa, neumococo. Con maternidad e infancia se trabajó fuerte para la prevención y con todo el sistema de salud en la atención. Este año se tuvo coberturas de vacunación elevadas.

También se hace mención a una crisis en relación a la comunicación, y respecto a los medios que generaban presión para contar la cantidad de fallecidos. Eso generó una situación crítica a la que hubo que dar respuesta. A pesar de ello, en todos los diarios se decía que tenía factores de riesgo si no se estaba vacunado. Es un logro de todo el equipo de salud transmitir eso independientemente del título de los medios.

Otro importante evento que sucedió este año fue la conmemoración de los 29 años sin polio

salvaje. No se puede olvidar que todavía hay países que tienen poliomielitis, que es una importante causa de secuela, discapacidad y muerte. El último caso en Argentina fue en 1984. No tenemos sarampión gracias a la vacuna contra el sarampión (muestra tabla con casos de sarampión). Cuando se incorpora la vacuna se empieza a aumentar las coberturas, se empieza a hacer campañas y no se tiene sarampión en Argentina desde el año 2000. Como no tenemos muertos por sarampión desde el año 99. Tuvimos casos importados en 2009 y esto dio lugar a una decisión política de reformular la vigilancia epidemiológica del sarampión. Se reformuló absolutamente la estrategia de vigilancia de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita. En 2009 apenas nos hicimos cargo de la vigilancia de sarampión, encontramos sarampión y se generaron las acciones para hacer el control de foco. Y después del Mundial de Sudáfrica tuvimos 17 casos donde hubo una respuesta de la ciudad de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires con el apoyo de todo el país que fue muy importante. Y gracias a las coberturas de vacunación tuvimos solo 17 casos y los pudimos controlar rápido. Tenemos un riesgo permanente en la importación de sarampión, y todos los casos importados que tuvimos fueron de Europa y de Sudáfrica. Se declaró la interrupción endémica de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita en Argentina, gracias a las acciones que se generan desde el Municipio para vacunar, hacer las búsquedas activas, hacer los monitoreos de cobertura y ante los casos sospechosos bloquearlos. Un caso sospechoso es un brote y hay que bloquearlo. Así que la conclusión que nuestro país cumple con todas las condiciones para declarar que se interrumpió la transmisión del virus de sarampión endémico y que se ha mejorado mucho la vigilancia. También se han cumplido 3 años, desde el 2009 que no hay casos de rubeola. Se generó todo un sistema de vigilancia del síndrome de rubeola congénito. Así que el país cuenta con las condiciones para declarar interrumpida la transmisión endémica de rubeola y del síndrome de rubeola congénito.

Esperamos haberlos entusiasmado para el desafío 2014/15: sostener la eliminación del sarampión porque viene el mundial 2014 en Brasil. Y además de dengue se va a hacer un cumulo muy importante de gente (tenemos la experiencia de Sudáfrica); y porque en Setiembre y Octubre de 2014 se tiene la campaña de seguimiento para vacunar a todos los menores de 5 años contra el sarampión y la rubeola. Estamos organizando una propuesta que se llama Ocupados por la Salud para generar en todas las provincias acciones, para que todos los que viajen a Brasil estén vacunados para estar sanos y no reintroducir la enfermedad a la Argentina.

Así que en relación al trabajo para mejorar las coberturas de vacunación estamos pensando reformular el calendario y tener más posibilidades de captar a los niños, ampliar el grupo etario, tener mayor oportunidad de vacunación, mayores coberturas y trabajar en minimizar las inyecciones. Al haberse incorporado tantas vacunas, un motivo de falta de adherencia del equipo de salud y los papas, son los múltiples pinchazos. Estamos trabajando fuerte también con las sociedades científicas y con el área de maternidad e infancia para generar este desafío para el 2014.

Y el desafío para el Novi Vac es el tiempo de planificar la integración de los sistemas de información. Es el último paso que nos queda para tener la información sanitaria de todos nuestros ciudadanos en tiempo real, jerarquizando y fortaleciendo la capacidad del RRHH.

Cierra la reunión el Sr. Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, dando las gracias y diciendo que éstas, son políticas de estados que se deben continuar. Que hay que poner en marcha planes y después continuarlos para que vayan más allá de una gestión

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Lista de participantes
Anexo II	Agenda
Anexo III	Dengue
Anexo IV	Chagas
Anexo V	Plan de Sangre
Anexo VI	Enfermedades Inmunoprevenibles

