

COFESA/ACTA 01/10

V Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA)

Se realizó en el Hotel Mayorazgo de la Ciudad de Paraná, Provincia de Entre Ríos, el pasado 26 de marzo, la I Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud del año 2010, 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 23 jurisdicciones de la República Argentina. El Sr. Ministro de la Provincia de La Pampa se excusó por no poder participar de la presente reunión.

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 06/09 Ordinaria).

El Sr. Gobernador de la Provincia de Entre Ríos, Don Sergio Daniel Urribarri, asistió a la apertura de la reunión y dirigió unas palabras de bienvenida a los miembros del COFESA.

El Sr. Ministro de Salud de la Nación, por su parte, agradeció la presencia del Sr. Gobernador como así también su permanente acompañamiento a las políticas sanitarias impulsadas desde la cartera nacional.

Asimismo destacó la importancia de los temas que serían abordados en la presente reunión. A continuación se dio comienzo al tratamiento de la agenda.

1. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). Avances. Estado actual del proyecto.

El Dr. Guillermo Williams, Director Nacional de Regulación y Fiscalización, presentó los avances en la implementación del SIISA. El informe consta como **Anexo III**.

El Dr. Williams recordó que el Sistema fue presentado por primera vez en la reunión del COFESA realizada en la Ciudad de San Juan (Ver punto 4 – Acta 03/09). En aquella ocasión, el entorno de prueba se realizaba en un server ajeno mientras que hoy día ya se realiza en un servidor propio del Ministerio. En consecuencia, se estima que hacia fines de mayo o principios de junio, el Sistema comenzará a funcionar. Es por este motivo, que se decidió hacer un informe del estado de situación a fin de analizar lo que ya existe y lo que falta para que se vaya completando con la información necesaria.

Se preparó un informe detallado focalizado para cada jurisdicción. En la presente reunión, se entregó un sobre a cada Ministro con el estado de situación en su Provincia.

El objetivo más importante del SIISA es el de contar con información que permita una mejor toma de decisiones en materia de políticas sanitarias, para lo cual, lo que se busca es contar con un idioma común.

No obstante, se ha puesto especial cuidado en respetar las facultades que tienen las jurisdicciones en materia de regulación y fiscalización. En este sentido, se ha trabajado caso por caso, valorizando los sistemas de información existentes en cada Ministerio buscando de hacerlo compatible y unificado con el SIISA.

La información que se irá recabando en el sistema será accesible a las autoridades y sólo una parte será accesible al público en general.

A continuación se explicó que el Sistema contará con tres patas, a saber:

- Registro Federal de Establecimientos
- Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud
- Conjunto de Datos Mínimos

En relación al Registro Federal de Establecimientos, se han dado los siguientes pasos:

Se generó una codificación común que permitirá identificar cada establecimiento de salud del país.

Se está articulando entre el Ministerio, los Ministerios provinciales y los Programas.

La meta es conseguir los datos generales completos de todos los establecimientos.

Donde mayor dificultad hay para hacer este relevamiento es en los Centros de Atención Primaria. Se han relevado un 60 % de los Caps.

Otro tema que se resaltó es el de los planteles de los establecimientos. Es información sumamente importante que cuesta ir completando.

Por último, se insistió en la carga de todos los establecimientos aunque no estén todos los datos, esto es un buen punto de partida para ir mejorando el sistema.

En cuanto a la Red Federal de Registros de Profesionales, se informó que el mismo se lanzará en mayo del 2010. Cada profesional de la salud contará con un código único y una sola ficha en todo el país, independientemente de que esté matriculado en más de una jurisdicción. Se ha armonizado la nomenclatura de las diversas matrículas y se han firmado convenios con las Provincias. Son las autoridades jurisdiccionales que deciden cómo participarán los colegios de profesionales de los Registros.

Finalmente se recordó que como parte de la estrategia para el descenso de la mortalidad materno-infantil, el Plan Nacer otorga una asignación a las jurisdicciones por el llenado de datos en el SIISA.

2. Estado de situación del brote de dengue.

El Dr. Gabriel Yedlin, Subsecretario de Prevención y Control de Riesgos, presentó un informe sobre los casos de dengue en el país. El mismo consta como **Anexo IV**.

El Dr. Yedlin explicó que, tal como se acordó en la anterior reunión del COFESA realizada en Puerto Iguazú el pasado 11 de diciembre (ver Acta 06/09) se han desarrollado acciones de prevención y promoción de la salud, en especial en las zonas de riesgo.

En la actualidad se ha informado circulación del virus en dos puntos de país: la zona de la triple frontera (Puerto Iguazú) y la localidad de Corzuela en la Provincia de Chaco. En ambos casos, los brotes son focalizados y han sido bloqueados.

Se valoraron las acciones emprendidas que repercutirán en una mejor situación este año con relación a los brotes del año pasado.

3. Campaña de invierno.

Seguidamente el Dr. Gabriel Yedlin se refirió al Plan Nacional de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas. La presentación consta como **Anexo V**.

El fundamento de la puesta en marcha de este Plan es la importante carga de enfermedad que tienen las infecciones respiratorias agudas en la población argentina.

Asimismo, se han relevado las diversas acciones que se impulsan desde el Ministerio y se ha lanzado esta propuesta que busca ser integral en su implementación.

El objetivo es disminuir la morbimortalidad. Visto que los meses de mayo y junio se presentan como el período de mayor ocurrencia de estas enfermedades, nos encontramos en un escenario de pre-brote y en tal sentido se han impulsado campañas de vacunación y de comunicación social como así también de capacitación para el personal de los servicios.

El Plan involucra a todos los actores implicados en la temática.

En relación a la campaña de vacunación, se detallaron las acciones a desarrollar y se informó acerca de la adquisición de cerca de once millones de dosis de la vacuna contra el virus de la Gripe A H1N1.

Se reforzarán las salas de situación de los Ministerios y se comenzará una nueva modalidad de vigilancia en función del nuevo escenario que se genera con la introducción del virus de la gripe A H1N1. Se prevén fondos para estas acciones dentro del fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública.

Se prevé, así, la contratación de epidemiólogos, la vigilancia de virus respiratorios, la impresión de afiches y material que se distribuirá a todas las Provincias.

Asimismo se ha encarado el fortalecimiento de la red de laboratorios de manera que todas las jurisdicciones cuenten con opciones más cercanas para realizar sus diagnósticos. En este sentido, se recordó que el rol de los laboratorios durante una epidemia no es el de confirmar cada caso que se produce sino el de monitorear la evolución del brote. El acceso a los tratamientos se produce por la clínica y no por el laboratorio.

Se informó que en la página web del Ministerio se ha colgado información relacionada con esta Campaña como así también guías para los profesionales de la salud.

En otro orden de ideas, se han previsto planes de contingencia para el caso de que se dé un brote de gripe A H1N1 y la situación se vuelva crítica. Se procedería a reforzar los servicios de salud, sobre todo las terapias intensivas.

Se propuso a los Sres. Ministros la firma de un instrumento adicional al ya suscripto para el Proyecto de Funciones Esenciales y que contempla todas las acciones relacionadas con la Campaña de invierno.

Se propuso, asimismo, la realización de encuentros regionales para trabajar la temática de acuerdo a un cronograma a acordar con las autoridades locales.

A continuación, la Dra. Carla Vizzotti, jefa del Programa de Inmunizaciones del Ministerio, respondió a las inquietudes de los Sres. Ministros relacionadas con la vacuna contra la gripe A H1N1.

Algunos Ministros manifestaron su inquietud por algunas versiones periodísticas que afirmaban que la vacuna no era eficaz. La Dra. Vizzotti aclaró que la vacuna es 100 % segura y eficaz. Informó, una vez más, que las medidas de prevención contra la influenza no se reducen a la campaña de vacunación sino que se ha diseñado un abordaje integral.

En cuanto a la vacuna, se informó que las dosis adquiridas y distribuidas en el país son las monovalentes contra el virus de la influenza A H1N1 y no contra el de la gripe estacional. La decisión de comprar esta vacuna fue tomada en función de las disponibilidades y en base a los estudios epidemiológicos que indican que el virus de la gripe A H1N1 ha desplazado en número de casos al de la gripe estacional.

Se aclaró asimismo que en el hemisferio norte, se está recomendando, para la próxima estación invernal, la inmunización con la vacuna trivalente que incluye la cepa del H1N1.

La inmunidad en la vacuna monovalente demora de 7 a 14 días en producirse. Se redactaron recomendaciones para inmunizar, ante todo, a la población con factores de riesgo (embarazadas, menores de 5 años, personas con sistema inmunológico deprimido, obesos mórbidos, personal sanitario y otros). Luego se seguirá vacunando al resto de la población y la vacuna estará también disponible en vacunatorios privados.

Asimismo, se adquirirán dosis de la vacuna trivalente cuando esté disponible para inmunizar a la población de adultos mayores y se prevé distribuir una 900.000 dosis al PAMI y unas 400.000 a la APE para adultos mayores.

Evidentemente la estrategia de vacunación tiene que ver con la experiencia del año pasado y con los estudios realizados a la población que enfermó y falleció y la relación con el acceso a los servicios y a los tratamientos.

Por otra parte, también las empresas de medicina prepaga están adquiriendo vacunas y se ha generado también un mercado privado. El Ministerio tuvo como principal objetivo asegurar el acceso a la vacuna de las poblaciones con mayor riesgo.

La Dra. Vizzotti se refirió a la seguridad de la vacuna adquirida y explicó que en Europa fue utilizada sin notificación de efectos adversos. En Estados Unidos, en cambio, se aplicaron cinco vacunas diferentes. Por último se aclaró que para acceder a la vacuna, sólo los pacientes crónicos deberán acreditar su condición, para los demás grupos de riesgo, el acceso será directo.

El Dr. Yedlin llamó la atención sobre la relevancia de contar con las vacunas para prevenir un nuevo rebrote de la enfermedad que el año pasado causó tantos decesos. Por su parte, el Sr. Ministro consideró que las acciones que se tomaron durante la epidemia del año pasado fueron adecuadas al momento que se vivía: contención, bloqueo de focos, etc. Se fue aprendiendo a medida que se daba la epidemia. Este año, en cambio, nos encontramos en una posición de mayor fortaleza ya que conocemos mejor al virus y su comportamiento y por lo tanto contamos con mayores recursos para la prevención. Contamos con la vacuna y asimismo con el antiviral. Hemos procedido a comprar los insumos disponibles para asegurar su acceso a la población más vulnerable y luego procederemos a su liberación también para el mercado privado. Lo que se ha pensado desde el Ministerio es que vacunando al grupo de riesgo en primer lugar, seguramente el impacto en la prevención será mucho mejor.

Lo que queremos valorar es que juntándonos y pensando un plan, luego escribiéndolo y estando todos de acuerdo en las acciones a implementar, los resultados siempre son superiores. Es lo que sucedió con el Plan que se armó para prevenir el dengue. El resultado ha sido bueno, como se ha mostrado antes. Lo mismo se está buscando con las infecciones respiratorias.

Nos interesa mucho trabajar conjuntamente con las jurisdicciones y avanzar en la inmunización de los grupos de riesgo en la primera quincena de abril. Asimismo como no se conoce cuándo tendrá lugar el pico del brote, se está conversando con la autoridades de Educación para estar atentos a la posibilidad de adelantar la fecha de las vacaciones de invierno para hacerlas coincidir con el pico y evitar así mayores contagios.

4. Financiamiento de cirugías de cardiopatías congénitas por el Plan Nacer.

El Sr. Secretario de Promoción y Programas Sanitarios, Dr. Máximo Diosque, presentó el tema. Se adjunta la presentación como **Anexo VI**.

Como es de conocimiento de los miembros del COFESA, el tema ha ocupado la atención del Ministerio Nacional en cuanto que se trata de una de las causas de la mortalidad infantil cuya reducción resulta más difícil de lograr.

Se presentaron los antecedentes con estadísticas para comprender la magnitud del problema y luego se informaron las medidas concretas que se han preparado. En tal sentido, la estrategia es acortar la lista de espera de las cirugías por cardiopatías para el año 2011 y que para el 2012 se pueda dar respuesta a todas las cirugías en el momento.

La Sra. Presidenta solicitó al Ministro el desarrollo de esta estrategia a fin de que no haya niños que mueran por no acceder en tiempo y forma a la cirugía.

A fin de lograr el objetivo planteado se atacarán las causas de las listas de espera fortaleciendo los efectores con entrega de equipamientos.

El Plan Nacer se hará cargo de esta estrategia. Para ello se propuso a los Sres. Ministros la firma de un instrumento adicional a fin de implementar las acciones. Se diseñaron módulos que se integrarán al nomenclador del Plan Nacer. Se encargó a la Universidad de La Plata un estudio de costos en base al cual se fijarán los precios de los servicios.

Se ha establecido un “Centro Coordinador de la Derivación” que depende del Ministerio y que decide la asignación de casos de acuerdo a criterios de urgencia, distancia y en función de la capacidad de respuesta del efector.

Se ha dispuesto que la Unidad Operativa será el Hospital Juan Garrahan.

La modalidad de funcionamiento no va a ser con transferencias sino que se conformará un fondo con el cual se pagarán las cirugías.

Se ha hecho un relevamiento de los efectores y ya se ha decidido cuáles integrarán la red que realizará las cirugías. Los establecimientos fueron evaluados por las áreas de maternidad e infancia y de calidad del Ministerio. En una primera etapa, los hospitales que participarán de la estrategia serán todos públicos. Se evaluará si se incorporarán los privados en el futuro.

El Plan Nacer paga por resultado y por desempeño de manera que se evaluará la estrategia como se hace con todas las acciones del Plan con una permanente supervisión y monitoreo. Parte de los fondos recibidos como pago por los servicios deberán ser invertidos para la mejora de los efectores.

Es importante tener en cuenta que se apunta a la constitución de una red. En este sentido, una de las consultas realizadas por los Ministros fue si se contemplarían los traslados aéreos para las provincias más lejanas. Se informó que los traslados aéreos están contemplados en el financiamiento.

5. Rol del sistema sanitario en la Asignación Universal por Hijo.

La asignación universal por hijo fue establecida mediante Decreto del PEN N° 1602/09. A continuación, el Dr. Diosque comentó el tema. Su informe consta como **Anexo VII**.

La presentación se refirió fundamentalmente al contenido sanitario del beneficio. Según lo establecido por la norma, los beneficiarios cobrarán un 80 % del monto asignado mensualmente. El restante 20 % será abonado anualmente contra la acreditación de los requisitos sanitarios y educativos del beneficio.

Desde la cartera sanitaria se pensó qué exigencias podían acompañar la asignación que redundara en una mayor protección para la población objetivo.

En este sentido, se consideró importante establecer que el menor de 0 a 6 años deberá contar con el esquema de vacunación completo (o en curso) como así también su inscripción en el Plan Nacer.

Por su parte, para los menores de 6 a 18 años, se decidió que se exigirá el esquema de controles de salud completo y las vacunas exigidas para su edad. Los controles de salud implican como mínimo una visita médica anual.

En este sentido, cada menor contará con una Libreta Nacional de Seguridad Social que será una por persona y contendrá todos sus datos de filiación como así también asentará el cumplimiento de los requisitos para el cobro del beneficio.

La implementación del beneficio ya ha redundado en un aumento de la matrícula escolar en diversos distritos del país. A nivel sanitario, ya se han verificado

aumentos en las inscripciones en el Plan Nacer como así también en la demanda de vacunación de los menores.

Se han impreso y distribuidos folletos informativos a todos los Centros de Salud.

En la presentación, se agrega un flujograma que ilustra el cumplimiento de los requisitos para la asignación universal por hijo.

Un beneficio adicional de la implementación de estas acciones es el cruce de información que se realiza entre el ANSES y el Plan Nacer. Como se ve, todas las acciones de políticas sanitarias tienen un componente de información que redundará en una mejora progresiva de la misma para una toma de decisiones cada vez más acertada.

6. INCUCAI. Plan de Desarrollo del Transplante Renal.

El Dr. Carlos Soratti, Presidente del INCUCAI, presentó ante los Sres. Ministros el Plan de Desarrollo de Transplante Renal. El informe se agrega como **Anexo VIII**.

La exposición comenzó analizando la magnitud y complejidad del tema de los pacientes con insuficiencia renal que dependen de la diálisis. Como consecuencia de ello, se señaló la gran demanda de órganos y la relativamente poca oferta.

Ante todo, el Dr. Soratti reflexionó acerca de la importancia del tema y de su tratamiento discreto como tema de salud pública alejado de la espectacularidad que le quieren dar los medios.

En primer lugar, se profundizó en la magnitud de la problemática en nuestro país que está atravesando la transición demográfica y epidemiológica. Esto hace que haya más casos de hipertensión y de diabetes y que muchos terminen en insuficiencia renal.

Por un lado, si se compara la tasa de trasplantes de riñón en nuestro país con los otros de la región, nuestra posición es buena. Sin embargo, nos encontramos en una situación que está lejos de responder a la demanda existente. Además, de continuar la tendencia, crecerían los pacientes en diálisis con poco aumento de los trasplantes.

En cuanto a la prevalencia se ha detectado que hay más casos en las provincias cordilleranas que en las otras y no se ha encontrado hasta ahora una explicación para ello.

Otro aspecto de la cuestión tiene que ver con el impacto de las sesiones de diálisis en el gasto sanitario total. Se ha verificado que es altísimo. Y el servicio está garantizado por empresas que tienen interés y ponen los medios para que haya más pacientes haciéndose diálisis.

En cambio, no se ha logrado aumentar la cantidad de trasplantes de riñones fundamentalmente porque no se han desarrollado estrategias para fortalecer la procuración de órganos.

En este sentido, está claro que es mucho menos costoso para el sistema sanitario el trasplante de un paciente que su tratamiento de diálisis durante varios años sin mencionar aspectos más importantes como ser la sobrevivencia y la calidad de vida que son incomparablemente mejores para un transplantado.

Frente a lo señalado, se ha detectado que no existe un abordaje integral de la enfermedad renal crónica y es esto lo que se pretende desarrollar.

Entre las dificultades que se han detectado se detallan:

- los pacientes llegan a la diálisis casi sin controles previos
- es difícil el acceso a las listas de espera para los trasplantes
- es más fácil el acceso a los servicios de diálisis porque existen ya financiadores
- hay pocos equipos que realicen los trasplantes renales
- hay poca disponibilidad de órganos para realizar trasplantes renales
- no está desarrollada la procuración del órgano

A partir de estos factores, se han realizado reuniones regionales y se han desarrollado propuestas de intervención para los nudos críticos. Entre las iniciativas que se buscará implementar, se destacan: una mayor articulación interprogramática, implementar mayores centros de evaluación pretrasplantes, mayor asistencia financiera para los proyectos de inversión en las provincias, seguimiento de pacientes post trasplantes (drogas inmunodepresoras), mayor financiamiento para la procuración y más cantidad de hospitales para realizar los trasplantes, entre otros.

Entre los instrumentos con los que se cuenta para llevar adelante estas acciones, se cuenta con los Sistemas de registro, el fondo solidario, la capacitación, compromisos firmados entre la Nación y las Provincias, entre otros.

En las jurisdicciones el tema va tomando cada vez mayor importancia y se está jerarquizando.

Un ejemplo interesante es el de la Provincia de Santa Fe, que les exige a sus pacientes en diálisis que estén inscriptos en la lista de espera para el trasplante renal.

7. Entre Ríos: Plan Estratégico de Salud (presentación a cargo del Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Entre Ríos).

Por último, el Dr. Angel Giano, Ministro de Salud y Acción Social de la Provincia anfitriona, realizó una presentación en la que compartió con sus pares el Plan Integral de Salud desarrollado en la jurisdicción. La presentación consta como **Anexo IX**.

El Ministro informó que el Plan 2008-2011 se desarrolló mediante talleres con los diversos actores de la Provincia. Asimismo, se le ha fijado una evaluación posterior de metas.

En diversas láminas se presentó la realidad epidemiológica de la Provincia y una a una se fueron detallando las diversas líneas en la política sanitaria: recursos humanos, gestión de hospitales, capacitaciones, fortalecimiento y regularización de servicios sanitarios, sistema de información, entre otros.

Por otro lado, se comentó la intención de conformar un seguro de salud provincial. En la concepción del mismo se está considerando una articulación importante con los municipios.

Por último, el Sr. Ministro comentó los avances que se han dado en la concepción de salud en la Provincia luego de atravesar la crisis sanitaria por la gripe y otros eventos. Se evaluó que se pasó de una concepción en la que la Provincia debía encargarse de pagar medicamentos y atender la asistencia, a una concepción más basada en la promoción y prevención. Se creció también con la constitución de

Consejos locales municipales como así también en Comités de enfermedades emergentes y reemergentes.

Asimismo se fortalecieron la capacidad institucional de regulación y fiscalización. El Ministro Manzur agradeció la presentación y elogió la modalidad de formular planes que luego se puedan evaluar y presentar los resultados de las acciones que se emprenden.

8- Otros.

El Sr. Ministro Manzur presentó y saludó a los nuevos Ministros provinciales que se incorporaron en este COFESA, a saber:

Buenos Aires: Dr. Alejandro Collia

Corrientes: Dr. Julián Dindart

Mendoza: Dr. Juan Carlos Behler

Salta: Dr. Luis Gabriel Chagra Dib

Finalmente se fijó la próxima reunión ordinaria de COFESA para el viernes 23 de abril en la ciudad de Ushuaia, Tierra del Fuego.

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Lista de Participantes
Anexo II	Agenda de la Reunión
Anexo III	Presentación SIISA
Anexo IV	Situación dengue
Anexo V	Campaña de Invierno
Anexo VI	Plan Nacer – cardiopatías congénitas
Anexo VII	Asignación Universal por hijo
Anexo VIII	Insuficiencia renal - INCUCAI
Anexo IX	Presentación Ministerio de Salud y Acción Social Entre Ríos

Ministro de Salud de la Nación

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Provincia de Buenos Aires

Provincia de Catamarca

Provincia de Córdoba

Provincia de Corrientes

Provincia de Chaco

Provincia de Chubut

Provincia de Entre Ríos

Provincia de Formosa

Provincia de Jujuy

AUSENTE

Provincia de La Pampa

Provincia de La Rioja

Provincia de Mendoza

Provincia de Misiones

Provincia de Neuquén

Provincia de Río Negro

Provincia de Salta

Provincia de San Juan

Provincia de San Luis

Provincia de Santa Cruz

Provincia de Santa Fe

Provincia de Santiago del Estero

Provincia de Tierra del Fuego

Provincia de Tucumán