



PROVINCIA DE RIO NEGRO

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

LEGISLATURA

REUNION IX - SESIÓN ESPECIAL

27 y 28 de junio de 1990

19º PERIODO LEGISLATIVO

**PRESIDENCIA DEL VICEGOBERNADOR DE LA
PROVINCIA: D. Pablo VERANI**

SECRETARIOS: D. Jorge José ACEBEDO.

Con la presencia del señor Ministro de Asuntos Sociales, doctor Ricardo SARANDRÍA y de la señora presidenta del Consejo Provincial de Salud Pública, doctora Norma CABRERA.

NOMINA DE LEGISLADORES

LEGISLADORES PRESENTES:	
AGOSTINO, Daniel Fernando	PANDOLFI, Oscar Raúl
ARIAS, Ángel Cayetano	PÉREZ PEÑA, Luis Alberto
BADILLO, Rolando	PERUGINI, José Amado
BARIÓN, Siegfried Walter	PICCININI, Ana Ida
CARRASCO, Jorge Eugenio	PICHETTO, Miguel Ángel
CASTRO ARES, Norberto	POVEDANO, Nidia Lelia
CEJAS, Jorge Alberto	RAIMONDI, Hugo Luis
CILIBERTO, Miguel Luis A	RODRIGO, Esteban Joaquín
DE BARIAZARRA, Roberto R.	RODRÍGUEZ, Serafín Sergio
DOUGLAS PRICE, Jorge	ROMERA, Remigio Luis
EPIFANIO, Ernesto Mario	SCHIERONI, Eliseo Carlos
EUGUI, Enrique Rodolfo	SEVERINO DE COSTA, María
FERNÁNDEZ, Marcelo Aníbal	SORIA, Guillermo Gaspar
FRANCO, Jorge Alberto José	SUÁREZ, Juan Carlos
GARRIDO, Argentino Ángel	ZECCA, Mario Virgilio
GASTIAZORO DE RUEDA, Teresa	<u>Ausentes con aviso:</u>
LÓPEZ UGARTE, José	CALDELARI, Adalberto V.
NEMIROVSCI, Osvaldo Mario	ICHAZO, Miguel
OLIVA, Carlos Alberto	

1 - APERTURA DE LA SESIÓN

-En la ciudad de Viedma, Capital de la Provincia de Río a los veintisiete días del mes de junio del año 1.990, siendo las 16 y 40 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Verani) - Por secretaría se procederá a pasar lista.

-Así se hace.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Con la presencia de treinta y cuatro señores legisladores, queda abierta la sesión del día de la fecha.

2 - IZAMIENTO DE LA BANDERA

SR. PRESIDENTE (Verani) - Corresponde el izamiento de la bandera, para lo cual se invita al señor legislador Pérez Peña a realizar el acto y a los señores legisladores y público presente a ponerse de pie.

-Así se hace. (Aplausos)

3 – CONVOCATORIA

SR. PRESIDENTE (Verani) – Por secretaría se dará lectura a la resolución número 1.057/90, de presidencia.

SR. SECRETARIO (Acevedo) -

4 - INTERPELACIÓN

SR PRESIDENTE (Verani) - Invito al señor Ministro de Asuntos Sociales, doctor Ricardo Sarandría y a la señora presidente del Consejo Provincial de Salud Pública, doctora Norma Cabrera a ingresar al recinto.

-Ingresan al recinto el señor ministro de Asuntos Sociales y la señora presidente del Consejo Provincia de Salud Pública.

SR. PRESIDENTE (Verani) - A los efectos del informe in voce, tiene la palabra el señor Ministro de Asuntos Sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) - Deseo ante todo agradecer la posibilidad que se nos brinda de dar a conocer ante esta Legislatura y a través de ella al pueblo rionegrino, el conjunto de medidas con las cuales el gobierno de la provincia ha enfrentado y enfrenta la profunda crisis social que padecemos, reflejo, por otra parte de la que sobrelleva el país en su conjunto y que es sin duda el fruto más amargo de la grave situación económica en que se debate la Nación Argentina. De modo que trataremos de dar a los señores legisladores, en forma sucinta, el informe claro y veraz que con pleno derecho se nos reclama.

Los fenómenos económicos que se desarrollaron a partir de marzo del año pasado y que desembocaron en la hiperinflación y su consecuencia actual, la recesión, tuvieron como manifestación muy temprana y extremadamente sensible un acelerado –casi diría repentino- deterioro de los diversos sistemas de prestación de salud a lo largo y a lo ancho del país, sin que nuestra provincia escapara, lógicamente, a esta situación. Repentinamente la salud y su problemática adquieren un protagonismo que se refleja en la prensa de todo el país. Sin temor a equivocarnos podemos sostener que la emergencia de la salud actúa como potenciador de la emergencia social global, obras sociales en virtual cesación de pago, prestadores privados que amenazan cerrar sus puertas –y en muchos casos lo cumplen, aunque sea parcialmente-, hospitales públicos que no pueden responder al brusco aumento de la demanda originada en la crisis de la seguridad social y que, al igual que los prestadores privados, ven agravados los serios problemas financieros por el brutal desabastecimiento al que se ven sometidos; son la noticia cotidiana. Un establecimiento de la envergadura del Hospital Nacional de Pediatría, el Garrahan, modelo de América Latina y destino de becarios de todas partes del mundo, ve comprometido diariamente su funcionamiento.

Posteriormente nos referiremos a las medidas, que a la sazón, adoptó la provincia para paliar los devastadores efectos de esa mezcla de hiperinflación, desabastecimiento y aumento de la demanda sobre el subsector público, pero primero es preciso puntualizar algo que para nosotros es absolutamente esencial en el análisis de estos hechos y sin cuyo conocimiento difícilmente llegaríamos al meollo del problema, la crisis del sistema de salud de los argentinos, si bien fue desencadenada por la crisis económica, responde a causas estructurales que son previas a la misma y que están en la raíz del sistema. Por otra parte, el sistema de salud de la Argentina como el de cualquier otro país resulta tan fragmentado como su estructura social, no pudiendo ser de otra manera, ya que aquel no es sino un reflejo de esta.

Creemos que estos aspectos son de comprensión imprescindible, porque de ello se desprende que muchas de las medidas con las que se pretende salvar el sistema, estarían en realidad destinadas a ahondar esa fractura estructural, acentuando el proceso de inversión de la solidaridad.

El primer punto a considerar es de importancia capital -quizás el más importante- y sin embargo habitualmente se lo soslaya. En efecto, en el 90 por ciento de los casos que oímos hablar del “*sistema de salud*”, nos damos cuenta que nuestro interlocutor en realidad se está refiriendo a un “*sistema de atención de la enfermedad*”. En verdad, este concepto erróneo está tan incorporado al lenguaje habitual que casi nos olvidamos que sin excepción, los así llamados seguros de salud, deberían en rigor denominarse “*seguros de enfermedad*”, en virtud que están dirigidos casi exclusivamente a atender la enfermedad y no a preservar la salud, tarea ésta infinitamente más vasta y de largo aliento que aquella.

Es frecuente, especialmente en estos tiempos, escuchar que se compara a los sectores público y privado realizando análisis de costo beneficio, intentando demostrar la presunta ineficiencia del primero. Dicha comparación parte de un profundo desconocimiento de la forma en que desenvuelve la tarea la salud pública, de cual es su universo y su responsabilidad frente a la comunidad. Partiendo de la base del viejo concepto de la medicina individualista, desconoce que la responsabilidad del hospital no se acaba en sus cuatro paredes. Desconoce el concepto de “*área programa*”, según el cual el hospital es sólo cabecera de ese área geográfica, con sus puestos sanitarios, sus consultorios periféricos y las vastas acciones de prevención y promoción de salud que en ella se realizan. Desconoce en fin, que el hospital público no es, no puede ser ni es deseable que sea, un sanatorio más.

Esta cuestión se entronca íntimamente con otro concepto tan falaz como el anterior y que de él se deriva, en efecto, si equiparamos la salud a la enfermedad y pensamos que quienes curan las enfermedades son los médicos, como lógica consecuencia se deriva que la salud es cosa que compete a los médicos y demás profesionales de ese área y que en sus manos y no en otras está la solución de los problemas de salud de la población. Esto es lo que se conoce como el modelo “*médico hegemónico*” y que ha sido el imperante hasta no hace mucho en todas las sociedades y que en rigor de verdad, lo sigue siendo en gran medida.

Un ejemplo aislado pero esclarecedor por lo impresionante se desprende de una información registrada hace poco tiempo en un matutino porteño. Por la misma nos enteramos que el Partido de La Plata cuenta con 9 hospitales públicos —4 de los cuales son de alta complejidad—, 90 clínicas privadas, más de 20 centros asistenciales municipales y un promedio de un médico cada 130 habitantes. Recordemos que la Organización Mundial de la Salud recomienda como óptima la cifra de 1 cada 600. No obstante ello, la Dirección de salud social de la Municipalidad de La Plata informa que en esa ciudad muere un niño menor de un año cada 2 días.

La mortalidad infantil del Partido de La Plata, con su población altamente concentrada, es del 25,1 por mil, muy similar, casi diría igual a la de nuestra provincia, con sus áreas rurales, sus ciudades pequeñas y su ausencia de servicios de alta complejidad, pero además, la misma información nos da cuenta que en algunos barrios carenciados como Villa Elvira –cercano al Hospital Interzonal de Agudos, que es uno de los más grandes de la provincia de Buenos Aires- la tasa de mortalidad infantil alcanza el 82,1 por mil, superior en 10 puntos a la de Bolivia que tiene un médico cada 1.550 habitantes. Hemos citado este ejemplo sin ninguna intencionalidad política, dado que está elaborado con datos de 1.987. Es sólo un ejemplo, pero demuestra palmariamente la poca o ninguna relación existente entre los indicadores de salud de una población dada –la tasa de mortalidad infantil es una de ellas- y la cantidad y complejidad de los servicios con que esa población cuenta para la atención de las enfermedades, o dicho de otro modo, el impacto nulo de esos servicios sobre la salud de la población, excepto que actúen como lugar de referencia de una red sanitaria.

La presencia de un centro de alta complejidad que esté a la espera de que en forma espontánea le llegue el síndrome raro o la cardiopatía compleja que sólo se puede operar allí, carece de sentido. Ese caso le debe llegar a través de un mecanismo previsto, programado, donde los problemas y las patologías se vayan resolviendo en los niveles que correspondan.

Esto es lo que se conoce como estrategia de atención primaria, que no es atención primitiva o precaria como algunos creen, sino que incluye el primer nivel de atención en una punta y la alta complejidad en la otra.

Ya nos referiremos a cómo la provincia ha privilegiado la creación de esa suerte de red que tienda a una cobertura cada vez mayor. Lo que nos interesa ahora es remarcar que esa red no puede ser meramente física. En otras palabras, no basta no crear consultorios periféricos de salud en los barrios o lugares alejados, sino transformarlos, para usar un concepto de Ramón Carrillo, en "*unidades de integración biopsicosocial*". Lo contrario es repetir en los centros de salud periféricos el modelo médico hegemónico del hospital y esto sirve para poco. El desafío concreto radica en que su funcionamiento asegure la integración de los distintos componentes de la sociedad, llámense trabajadores de la salud, trabajadores sociales, docentes, dirigentes barriales, representantes de las iglesias, de las juntas vecinales, etcétera. Es decir, correr el eje desde un modelo hegemónico a la participación de la comunidad, o dicho en otras palabras, democratizar la salud, lo cual significa ni más ni menos que romper la vieja estructura montada para hacer salud para la gente encontrando un camino que nos permita hacer salud con y desde la gente.

Un segundo aspecto que debemos considerar porque se entronca tanto con la estructura del sistema de salud como con las medidas con las que ese sistema se enfrenta a la emergencia, es el relacionado a la financiación. Los recursos disponibles, sea para atender la salud o cualquier otra cosa no importa cuán abundante sean, siempre son limitados, es decir tienen un límite. Esto, que parece una verdad de Perogrullo –y en cierta medida lo es- suele no ser tenido en cuenta cuando se habla de salud.

Sin embargo todo sanitarista sabe que su tarea consiste en gran medida en una lucha cotidiana entre una sociedad que inconscientemente tiende a reclamar lo mucho para unos pocos, porque es siempre más impactante el caso del niño que requiere un trasplante de médula ósea que la diaria dación de leche o el control de las embarazadas y su deber de asegurar lo mínimo para todos. Y sabe también que esa lucha alcanza muchas veces profundas cuestiones éticas muy difíciles de resolver.

Por eso no podemos hablar de salud si no sabemos con qué recursos contamos, de dónde salen y cómo se distribuyen. Esto que parece muy claro no siempre lo fue tanto. En la Argentina anterior a la década del 40 había una medicina privada que atendía a los sectores medios y altos y un sistema de hospitales que pertenecían ya al Estado, ya a la beneficencia y que atendían a las clases socialmente inferiores. Existían también algunos servicios mutuales relacionados sobre todo con las comunidades de inmigrantes y unos pocos de carácter gremial. Con el advenimiento del peronismo se produce un proceso de rápida transformación en la organización del sistema de salud.

De la mano de Ramón Carrillo el sector público sufre una notable expansión que lleva a duplicar el número de camas entre 1.946 y 1.954. Se realizan importantes campañas antiendémicas como la exitosa lucha antipalúdica emprendida por Carlos Alvarado en el norte.

Se promueven ideas innovadoras en la organización de los servicios, tales como la concepción del centro de salud a la que aludíamos recién o los primeros pasos hacia la regionalización sanitaria del país, así como la creación del primer embrión de lo que después fue la escuela de salud pública.

Sin embargo, en razón de la época que le tocó vivir, Carrillo no podía tener claro el problema del financiamiento de la salud. Todo ese sistema basado sobre un sector público con gran capacidad asistencial, con acciones de medicina sanitaria avanzadas para la época, recordemos que faltaban treinta años para que se hablara de atención primaria, estaba sostenido sobre las rentas generales, que seguramente parecían inagotables.

Pero la gran contradicción de esta época –y que en definitiva condiciona el futuro modelo de prestación de salud de los argentinos, con sus virtudes y sus vicios- es que paralelamente a la expansión del sector público, se inicia el desarrollo y auge de las obras sociales, partiendo de la base del mutualismo de origen gremial. La paradoja consiste en que cuando más fuerte es el Estado en su capacidad asistencial se crea una fuente de financiación genuina que deriva sus fondos hacia la medicina privada, marginando de dicha fuente al sector público.

Es evidente que, más allá de las causas políticas que influyeron en esta decisión, existió la voluntad por parte de los sectores de menores recursos de llegar, a través de la atención privada, a acceder al modelo prestación de las clases más pudientes, constituyéndose en una suerte de reivindicación. Lo cierto es que esta marginación del sector público de la financiación de la seguridad social y la propia y singular constitución de esta última en nuestro país son dos hechos claves en la comprensión del estado actual de nuestro sistema de salud.

Toda prestación de salud reconoce, desde el punto de vista económico, tres actores: El que ejecuta, o sea el prestador, el que la recibe, es decir el beneficiario y el que paga por ella, el ente financiador. Este último puede ser de tres tipos, según el que pague sea el Estado nacional, provincial o municipal, la seguridad social o el propio beneficiario, ya sea en forma de coseguros prácticas no reconocidas o por falta de cobertura. Como hoy está de moda hablar de las leyes de mercado, digamos que hay una oferta, el prestador; una demanda el beneficiario y un tercer pagador, el ente financiador. Esto vale tanto para el sector privado como para el público. Lo que ocurre, a diferencia del mercado que regula la compra y venta de objetos materiales, es que acá es la oferta quien condiciona la demanda, es el médico el que dice al paciente qué estudio se tiene que hacer, qué radiografía se tiene que sacar, de qué y cuándo se tiene que operar. Es decir, la oferta tiene la capacidad que la demanda tienda a convertirse en sobredemanda.

Es necesario aclarar que este fenómeno que señalamos no es de manera alguna exclusivo del sector privado, sino que se observa también en el sector público. Porque a esto se agrega un componente más, salvo en los casos en que el que paga es el propio beneficiario, el pagador es siempre un tercero pasivo, siendo que los sujetos activos, beneficiario o prestador, no tienen interés particular en ahorrarle costos al sistema.

Esta sencilla ecuación explica por qué las leyes del mercado funcionan tan mal cuando de salud se habla, aquí y en cualquier parte del mundo. También explica por qué los países centrales con sistemas de salud regidos en medida importante por las leyes de mercado, que contra lo que se podría creer son una minoría, gastan cifras astronómicas, que hoy tratan de reducir y que no tienen relación directa con los resultados que obtienen. Pero lo que hace peculiar y casi diría único en el mundo a nuestro sistema de salud es que los entes financiadores no son uno o cuatro o cinco, como en la mayoría de los países del mundo, sino cerca de 400 entes financiadores distintos, con su lógica consecuencia de desigualdad, inequidad, burocratización y enorme derroche de los recursos. Por otra parte, la marginación del hospital público de esa fuente de financiación y su condena a depender de las cada vez más exiguas rentas generales, hacen que el porcentaje de población sin cobertura social y sin recursos sin duda más de un tercio del total, vea progresivamente disminuida su posibilidad de acceder a una atención medianamente digna. Es bueno que veamos qué correlato ha tenido y tiene lo expuesto en la realidad de nuestra provincia.

Hasta principios de la década del 70, el prestador casi monopólico era el Estado en Río Negro. de cada cien egresos que se producían entonces, 80 lo hacían desde el hospital público y sólo 20 de la actividad privada. Huelga decir que ambos sectores poseían entonces un bajo grado de complejidad.

A partir de esa época el sector privado comienza a crecer en su capacidad instalada, pero en el año 1.974, con el plan de salud del gobierno justicialista que incorpora una importante cantidad de profesionales de dedicación exclusiva y mejora la infraestructura, se produce una fuerte expansión del sector público. Bueno es aclarar que este plan de salud tampoco tomó debidamente en cuenta la financiación, por lo que en la última etapa del gobierno justicialista tendió a languidecer progresivamente, fundamentalmente por la difícil situación económica del momento.

Durante la dictadura militar se han de producir cambios muy profundos en el modelo prestador, tanto en el país como en la provincia.

A partir de la década del '60 la revolución tecnológica que se está produciendo en el mundo desarrollado llega a la salud, produciendo una radical modificación en los métodos de diagnóstico, incorporándose un bagaje técnico insospechado hasta entonces; a mediados de la década del '70 el proceso se ha acelerado de tal modo que la primera aparatología ya ha empezado a envejecer en el mundo desarrollado, no así en los países periféricos que aún la conocen sólo por los trabajos científicos que se publican, es entonces cuando sobrevienen la dictadura, con ella Martínez de Hoz, el dólar de la tablita y la importación abierta; la Argentina está ávida de tecnología y de endeudamiento externo, el país conoce los fibroscopios, los ecógrafos, la tomografía computada, es la moda de los aparatos que produce un auge explosivo de la práctica privada, la cual se ve doblemente favorecida por la política cambiaria que abarata los costos y los excelentes aranceles con que la seguridad social paga estas prácticas complejas y aparatológicas en detrimento del acto médico en sí que pasa a segundo plano. Muy poca es la tecnología que se incorpora entonces al hospital público, hay algunas excepciones, es cierto, pero en nuestra provincia ninguna. La política imperante es de total transferencia al sector privado, el hospital público rionegrino queda totalmente fuera del reparto de tecnología barata y cada año que pasa se atrasa diez. En 1.984, con el comienzo de la democracia, los egresos del sector privado son ahora del 65 al 70 por ciento y sólo un 30 por ciento del hospital, por supuesto para entonces la posibilidad de incorporar tecnología a bajos costos se había terminado, posiblemente para siempre en la Argentina queda así fijado un reparto de la capacidad instalada que contradice todas las tendencias actuales imperantes en el mundo en esa materia; en efecto, existe cada vez mayor consenso en países desarrollados que la alta tecnología en salud, que es cada día más cara y más autocreadora de demanda, debe estar en manos del Estado, único capaz de regular esa demanda aplicando el concepto de la tecnología apropiada que no siempre coincide con el de la alta tecnología.

Con este desalentador panorama debe lidiar el gobierno democrático en Río Negro a partir de 1.984; la transferencia al sector privado y la pérdida relativa de peso del sector público era por lejos la más importante entre las provincias patagónicas; la situación imperante en los hospitales era de grave desmantelamiento con una infraestructura edilicia deplorable y una tecnología obsoleta; el recurso humano había sufrido un fuerte proceso de dispersión y los profesionales de dedicación exclusiva, verdadero motor del avance del hospital público durante el plan de salud de 1.974, habían virtualmente desaparecido.

Durante el primer año de gobierno democrático fue necesario desarrollar una normativa que diera a la salud el marco legal mínimo para su desenvolvimiento; fue así que entonces se sancionaron una serie de leyes, entre las que merecen destacarse:

La Ley 1.856 que establece el ejercicio profesional del psicólogo, restituyendo la vigencia de la Ley 972 derogada durante el gobierno de facto; la Ley 1.896 que autoriza la facturación a las obras sociales de las prestaciones que brinda el hospital a los afiliados, iniciando el proceso de inserción del hospital público en el circuito de la seguridad social, y crea además un fondo especial para equipamiento hospitalario, previamente el decreto 209/83 derogó toda forma de pago directo en los hospitales; La Ley 1.904 que crea la carrera técnico profesional sanitaria; la Ley 1.958 que establece remuneración por el cumplimiento de guardias activas y pasivas; la Ley 2.031 que establece el adicional por jornada hospitalaria para el personal de la Ley 1.844 y que junto con la anterior tiende a responder al aumento de demanda en cantidad, calidad y extensión horaria de los servicios; la Ley 2.034 que reestructura el Consejo Provincial de Salud Pública, creando los consejos zonales y consejos hospitalarios de la comunidad, sentando las bases para el proceso de desconcentración y descentralización que hemos iniciado durante el presente período.

Un aspecto clave en toda política de salud, quizás el más importante, es el relacionado con los recursos humanos. Es así, que este área tuvo un especial tratamiento a partir de la recuperación de la democracia, sobre todo en lo referido a recuperar la dedicación exclusiva entendiéndola como el motor fundamental del hospital público. A partir de la gestión que se inició en mayo de 1.988 se decidió abordar la cuestión desde nuevos enfoques. Los problemas relacionados con los recursos humanos en salud se han hecho sumamente complejos y ya no es suficiente con el análisis cuantitativo de los mismos. Es preciso enfocarlos desde una perspectiva más integral a partir de lo cual lo cuantitativo se ve como efecto y no como causa y es esta última a la que pretendemos llegar. Ya no basta encarar los recursos humanos como una mera administración de personal, es necesario visualizar la dimensión social del trabajo en salud, incluido éste en un contexto social definido. En principio podemos decir que los recursos humanos en salud deberían estar determinados por los requerimientos de prestación de servicios adecuados a las necesidades de salud de la población. Sin embargo el primer gran interrogante surge al tratar de identificar esas necesidades, ya que esto está fuertemente condicionado por los niveles de percepción de las personas y las comunidades, por la distribución del poder dentro de la sociedad, por las pautas de comportamiento y por las prácticas vigentes. En efecto, es sabido que los grupos sociales con mayor poder y que pueden ejercer una influencia dominante sobre los mecanismos de decisión aseguran para sí una elevada proporción de la riqueza social y la satisfacción prioritaria de sus necesidades, entre ellas las de salud. Los otros grupos sociales, aunque mayoritarios, no ejercen esa influencia y por ello suelen ver postergadas las respuestas a sus necesidades. Ya hemos visto como la propia práctica de salud es en sí misma un generador de demanda, que apoyada por grupos de intereses con mayor poder, tienen siempre prioridad por sobre las necesidades básicas de la población. Debe incluirse también el uso del saber como instrumento de dominación, ya que su utilización en tal sentido tiende a dejar en el mero discurso la participación comunitaria en los problemas de salud.

Por todo ello, hemos entendido que los verdaderos cambios en el área de recursos humanos sólo se pueden producir desde una decisión política, fijando como estrategia a los servicios y a la práctica como base de cambios en las áreas de formación y utilización de dichos recursos. El desarrollo de los recursos humanos es un proceso que pasa por diferentes etapas desde la identificación de las necesidades, la planificación, la formación de los recursos, la capacitación permanente y la utilización de esos recursos. Este proceso debe tender a adecuar los servicios progresivamente a las necesidades, al mismo tiempo que se intenta racionalizar y aumentar la eficiencia del sector. Desde ya, es un proceso muy lento y todos sus pasos deben estar enmarcados en una política global y traducirse en acciones.

Veamos ahora cual era la situación de los recursos humanos en mayo de 1.988: La planta del Consejo de Salud Pública contaba a la sazón con 3.925 agentes discriminados de la siguiente manera: Ley 1.844: 2.914 agentes; Ley 1.904: 1.011 agentes, a su vez divididos en: 754 en el agrupamiento A, 214 en el agrupamiento B, 17 en el agrupamiento C y 26 residentes. Es interesante ver algunas de las relaciones cuantitativas existentes entonces y como han ido variando: La relación entre no profesionales de la 1.844 y agentes de la 1.904 era de 2,8 a 1. Si tomamos la relación entre no profesionales y profesionales del agrupamiento A, entonces era de 3,86 a 1. Existían 0,16 técnicos por cada profesional. El porcentaje de dedicación exclusiva dentro de la 1.904 era: Para el agrupamiento A: 39 por ciento; para el agrupamiento B: 63 por ciento; para el agrupamiento C: 71 por ciento. Había un 12 por ciento de médicos generalistas sobre el total de los médicos.

La relación entre agentes con tareas intramuros y aquellos con tareas extramuros era marcadamente favorable a los primeros. Si no se tiene en cuenta a los hospitales rurales, los agentes extramuros eran sólo el 4 por ciento; los agentes sanitarios que cumplían tarea de tales no llegaban a 100.

El plan de salud que se lanzó en junio de 1.988 se planteó como pauta básica en el área de recursos humanos: Ingresar sólo profesionales de dedicación exclusiva, especialmente en las especialidades básicas y médicos generalistas; privilegiar el ingreso de generalistas por sobre especialistas; incorporar personal para el área externa; hacer énfasis en la formación de personal de enfermería, profesional y no profesional; garantizar la capacitación continua de todos los agentes de salud; respetar las leyes vigentes, especialmente en lo atinente a concurso.

Si comparamos con los datos correspondientes a junio del '88, hoy vemos que la planta del Consejo de Salud Pública alcanza a 4.120 agentes que se distribuyen así: Ley 1.844: 3.038 agentes; Ley 1.904: 1.082 agentes que a su vez se dividen en: 806 en el agrupamiento A, 233 en el agrupamiento B, 20 en el agrupamiento C y 23 residentes. La relación entre agentes 1.844 y 1.904 sigue siendo de aproximadamente 2,8 a 1. La relación entre 1.844 y profesionales del agrupamiento A es ahora de 3,7 a 1 y hay 0,33 técnicos por cada profesional. El porcentaje de dedicación exclusiva se ha elevado a las siguientes cifras como se puede apreciar: Agrupamiento A: 66 por ciento; agrupamiento B: 77,1 por ciento y agrupamiento C: 100 por ciento. Tomando solamente a los hospitales de áreas no rurales hay ahora un 18 por ciento de agentes extramuros. Hay un 31 por ciento de médicos generalistas sobre el total de médicos. Los agentes sanitarios en actividad son ahora 244. en el cuadro se puede ver entonces el incremento de médicos generalistas del 12 por ciento en 1988 al 31 por ciento en la actualidad. Estos someros datos nos permiten inferir que estamos produciendo cambios hacia el nuevo modelo propuesto. El crecimiento experimentado fue de 195 agentes, es decir de casi un 5 por ciento, lo cual no refleja los cambios producidos. Este crecimiento estuvo gobernado por razones tales como. Incremento de los agentes sanitarios; fortalecimiento de los planteles de médicos generalistas; -ahí se ve el incremento de los agentes sanitarios, siguen prácticamente en el '88, 244 en el 90- aumento del personal que trabaja en el área externa; creación de nuevos servicios; inauguración de nuevos periféricos. En realidad, estos cambios que expresamos no se ven reflejados en el crecimiento cuantitativo producido. Cabe aclarar que la planta de salud es muy dinámica y toda vez que es posible se aprovechan los egresos para producir cambios encuadrados en la política de salud sin necesidad de crear nuevas vacantes; sólo se produce un reordenamiento de las plantas.

Aún son muchos y muy complejos los problemas que restan por resolver en el área de los recursos humanos. Lamentablemente las provincias no tenemos ingerencia en la formación de los profesionales, que sigue respondiendo en gran medida a una concepción biologicista, reparadora e individualista, con poco o ningún énfasis en las estrategias de la atención primaria. También la capacitación permanente ofrece problemas por el aumento de la demanda en temas tales como administración sanitaria y epidemiología, que es difícil de satisfacer por la escasez de la oferta y los altos costos.

Es necesario reconocer la existencia de problemas en le área de los recursos humanos que derivan de la realidad actual. Uno de ellos es la necesidad de reformulación de la legislación vigente en salud.

Desde el ángulo de la administración de personal es prácticamente imposible esta tarea mientras exista más de una ley que rija para el personal de salud; debemos tener en cuenta que los recursos humanos de este sector tienen características que les son propias y modalidades de trabajo especiales que hacen necesaria una legislación completa y específica.

Actualmente la vigencia de las leyes 1.844 y 1.904 y un sinnúmero de normas complementarias que surgieron como respuesta puntual a necesidades que se plantearan por dificultades en la aplicación de las dos leyes fuente, hacen que la administración de personal sea una tarea dificultosa, complicada y que ofrece un gran margen de error.

Es necesario entonces contar con una ley única que contemple a las diferentes modalidades de trabajo en salud, que ofrezca una carrera a todo el personal y que a la vez permita dar una respuesta rápida a las dificultades acarreadas por la gran movilidad que caracteriza a la planta de recursos humanos.

Es así que se constituyó una comisión integrada por representantes del Poder Ejecutivo y del gremio UPCN para el estudio y reforma de estas leyes, la cual se fijó como objetivo lograr una legislación que contemple dos aspectos de fundamental importancia: Las necesidades de los servicios de salud para que estos puedan responder a los requerimientos de la población y que resulte satisfactoria para los trabajadores de la salud.

Para ello se adoptaron los siguientes criterios generales: Tal lo enunciado en el artículo 48 de la Constitución Provincial, se propone un estatuto único para la administración pública. Se tenderá a crear un agrupamiento dentro de la ley que se llamará Agrupamiento de Salud. Se acordó que el ingreso sea siempre por concurso. Se propone como alternativa para solucionar los múltiples problemas acarreados por la movilidad del recurso, la creación dentro de este agrupamiento de figuras temporarias para cubrir, por ejemplo, licencias sin goce de haberes, enfermedades prolongadas o contrataciones eventuales de personal como por ejemplo, médicos de guardia, etcétera.

El estatuto, deberes y derechos, se compartirá con el resto de la administración pública y el escalafón será único para todo el personal de salud. A este escalafón se ingresará en forma diferenciada, de acuerdo a tres grandes grupos; a) Profesionales universitarios y terciarios; b) Agentes con secundario y/o título habilitante; c) Agentes con estudios primarios. Dentro de estos grupos se establecerán clases o subgrupos, de acuerdo a la duración de la carrera. La promoción a tramos superiores podrá ser automática o por concurso. La automática será horizontal, por antigüedad, con calificaciones anuales y exámenes periódicos y el Consejo Provincial de Salud Pública podrá llamar a concursos de promoción.

La comisión propuso además sacar el régimen preescalafonario y tratar un proyecto de ley o decreto sobre sistema de residencias médicas. A las funciones se accederá siempre por concurso y se desempeñarán por períodos limitados, en base a categorías asignadas por el Consejo Provincial de Salud Pública para cada organigrama.

Varios concursos de función ganados darán derecho a gozar del beneficio sin ejercer la función y para acceder a ella se deberá contar con una antigüedad mínima en la provincia. Respecto al régimen de concursos, se prevén distintos tipos: De antecedentes, oposición, ingreso, promoción, de funciones y de pases y traslados. A este tema se decidió darle carácter de prioritario y buscar la forma de que se cumpla con un requisito fundamental, que es la agilidad.

Sobre el tema disciplinario se estudiará la posibilidad de implementar juntas de disciplina zonales que sean de primera instancia con apelación ante la junta provincial, dando a este proceso rapidez y una tramitación más cercana al lugar donde se produce la falta. A propósito de este tema voy a dar algunas cifras de ausentismo, por su importancia; sabemos que con la profundización de la crisis económica se produce un aumento de la demanda de los servicios de salud, lo que unido al deterioro salarial que se vive en todo el país, provoca desaliento y aumento del ausentismo; sólo a modo de ilustración informamos que durante marzo del presente año el ausentismo promedio de la ley 1.844 fue del 21,38 por ciento y para la ley 1.904 durante el mismo mes alcanzó el 16,07 por ciento.

Régimen horario: A los fines remunerativos se tomará como base para el establecimiento de coeficiente 1, las 30 horas semanales de labor. El Consejo Provincial de Salud Pública podrá fijar los regímenes horarios de cada cargo estableciéndose el factor a aplicar al coeficiente 1. Asimismo será facultad del Consejo de movilidad de dichos regímenes horarios.

Regímenes Especiales: A-Regímenes de guardia. Se establece la obligatoriedad de este régimen. Se realizarán fuera del horario de labor. A – 1. Guardias pasivas. Es una modalidad de trabajo que implica la disponibilidad del agente al hospital. El profesional deberá permanecer en la localidad donde realiza la pasiva dejando claramente explicitado el domicilio donde se lo ubicará durante la misma. Se fija como tope máximo las 320 horas por agente. A-2. Guardias activas. Los agentes estarán obligados a realizar fuera de su horario habitual hasta dos guardias semanales por agente. Las horas de guardias, tendrá igual valor cualquiera sea el régimen horario del agente. Las guardias en días de franco o feriado, tendrán un valor mayor que las de días hábiles. Cabe aclarar esto, ya ha sido implementado en forma provisoria hasta la reformulación de la ley a partir del 1º de junio de 1.990.

Al personal único se le abonarán hasta 30 días, de lo que denominamos Régimen de Disponibilidad, este concepto que como su nombre lo indica significa un reconocimiento por estar todo el mes a disposición de las necesidades del servicio. Se usará para los casos de personal único, servicio de dos agentes y especialistas únicos. Corresponderá este régimen a aquellos servicios donde la demanda promedio y fuera del horario habitual de trabajo es inferior a dos pacientes diarios. Sería una categoría intermedia entre las guardias activas y pasivas. C- Turnos rotativos. Todo el personal de este agrupamiento deberá, a requerimiento de las necesidades de la comunidad, trabajar en turnos rotativos u horario semanal móvil o escalonado. Bonificaciones especiales. Dedicación exclusiva. Se establecerá esta bonificación para el personal que cumple tareas que por la dedicación que requieren, no puede dedicársele más de 10 horas diarias; personal que debe efectuar salidas al área o al campo, o reuniones, tareas comunitarias fuera del horario habitual. Queremos que este régimen sea más que una simple carga horaria y que constituya una verdadera filosofía distinta en el enfoque laboral.

Para el régimen de dedicación exclusiva se cumplirán 8 horas diarias más las guardias activas o pasivas a determinar por razón de servicio. Se pretende garantizar hospitales funcionando mañana y tarde e incluso en horario vespertino adecuados a la necesidad de la comunidad. Al estar concentradas todas sus posibilidades científicas intelectuales en Salud Pública, estará obligado a producir actividades y trabajos casuísticos, estadísticos, de investigación, que sean reflejo de esta dedicación única y del régimen horario mayor.

El régimen full-time tienen que ser un reconocimiento. Las exigencias tienen que ser mayores que para la dedicación parcial y será evaluado anualmente para continuar en este régimen. El Consejo Provincial de Salud Pública establecerá qué tipo de profesional en qué porcentaje y en cada servicio y por complejidad hospitalaria serán de dedicación exclusiva.

Trabajo en terreno: Percibirá esta bonificación todo el personal que realice un 50 por ciento de sus tareas en actividad extramuros. Queremos que se corresponda la legislación con las políticas de salud. Los agentes que perciban esta bonificación estarán obligados a cumplir tareas en horarios fuera del habitual a requerimiento de las necesidades de la comunidad.

Zona desfavorable o crítica: A determinar por el Consejo Provincial de Salud Pública. Tendrán diferencia en la promoción y bonificación por vivienda o diferenciación salarial.

Actividad crítica: El Consejo Provincial de Salud Pública podrá establecer este beneficio para profesiones que por existir escasez de recursos formados, no hay disponibilidad en el mercado laboral, dificultándose así su incorporación al sistema. Será dinámica pues las especialidades críticas, no son siempre las mismas a lo largo del tiempo.

Tarea riesgosa. Se propone dar una licencia especial para todo el personal del agrupamiento que cumpla tareas asistenciales de carácter riesgoso a determinar por el Consejo Provincial de Salud Pública, de acuerdo a las normas nacionales, como por ejemplo, terapia intensiva o neonatología.

Existe también una problemática que está atada a la muy elevada movilidad que se observa en el personal de Salud Pública, a modo de ejemplo podemos señalar que en los tres primeros meses del año, es decir de enero a marzo, se produjeron 127 renunciaciones, esto crea un sinnúmero de inconvenientes relacionados con la cobertura de cargos vacantes, muchas veces en áreas críticas, con muy escasa oferta laboral.

Una referencia especial dentro de este área merece la problemática de la enfermería por ser este el recurso humano de mayor incidencia cuantitativa en Salud Pública, donde existe una máxima demanda y una oferta siempre deficitaria; en el presente período de gobierno organizamos la dirección de enfermería, dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos y se organizaron las divisiones de enfermería en todos los hospitales de la provincia. Se tiende a dar a la enfermera una mayor participación, no sólo en la tarea asistencial sino en funciones relacionadas con la planificación, programación y conducción.

De la Dirección de Enfermería depende: Un departamento de formación de personal de enfermería que tiene a su cargo todas las actividades de formación de recursos humanos, tanto a nivel terciario como las auxiliares y el departamento de desarrollo de servicios de enfermería que es el responsable de ejecutar las políticas de prestación de servicios de enfermería y de mantener la calidad de atención acorde a las necesidades.

La relación entre uno y otro departamento es esencial a fin de asegurar perfiles educacionales que se adecuen a las necesidades de servicio y que tiendan a quebrar las vallas existentes entre la formación de enfermeras profesionales y de auxiliares.

Existen actualmente en salud pública un total de 1.280 enfermeros, es decir que son el 31 por ciento del total de agentes. Se dividen de la siguiente manera: Licenciadas en enfermería, 11, 0,8 por ciento; enfermeros profesionales, 116, 9,1 por ciento; auxiliares de enfermería, 1.105, 86,3 por ciento; empíricos, 48, 3,7 por ciento.

La capacitación ha estado dirigida a todos los niveles del recurso humano de salud, tanto dentro de la ley 1.904 como de la 1.844. En muchos de los casos su instrumentación se llevó a cabo en forma conjunta entre Salud Pública y la entidad gremial que nuclea a los trabajadores del sector y que, bueno es reconocerlo, se preocupa en forma permanente en ese sentido.

Las formas orgánicas de capacitación son las residencias médicas, los cursos de auxiliares de enfermería y la escuela superior de enfermería que funciona en Allen.

Las residencias médicas son dos, en Bariloche y en Roca, ambas son residencias en medicina general donde los residentes rotan por las especialidades básicas, con una formación orientada hacia la utilización de las estrategias de la atención primaria y una preparación pensada sobre la base de las necesidades de la provincia. Sabemos que el nivel alcanzado dista de ser el óptimo, sin embargo los resultados altamente positivos se ven en los cambios operados en los hospitales de menor complejidad en los que la presencia de ex residentes, consustanciados con el medio y sus necesidades, ha sido y es el factor primordial de ese cambio.

Las enfermeras son un recurso humano esencial para los servicios de salud, del cual existe déficit en todo el país e incluso en el mundo; los cursos de auxiliares se realizan en todos los hospitales más importantes de la provincia, formando un recurso humano que en su mayoría es absorbido por Salud Pública pero que también provee de personal calificado a la actividad privada. La formación de enfermeras profesionales es indispensable a fin de alcanzar el nivel recomendado por la Organización Mundial de la Salud de un 30 por ciento de profesionales y un 70 por ciento de no profesionales.

La escuela superior de enfermería que funciona en Allen desde 1.985, no escapa a muchos de los problemas que tiene la enseñanza de enfermería profesional en el país, incluida la escasez de aspirantes, sin embargo sigue siendo un intento válido para formar en el ámbito de la provincia un recurso humano fundamental que esté consustanciado con nuestra realidad. Es bueno que se conozca en algunas cifras lo que se hizo en materia de capacitación y docencia en los últimos tiempos.

En lo referente a formación de recursos humanos se desarrollaron desde 1.984, a 1.989, 20 cursos de auxiliares de enfermería, egresando 432 auxiliares.

Durante el presente año se ha iniciado el dictado de cursos en Sierra Grande, Conesa, Viedma, Río Colorado, Cinco Saltos, Bariloche y Allen para la I y V zonas sanitarias. De la escuela superior de enfermería egresaron 24 enfermeras profesionales. En esta institución se brinda la posibilidad de capacitación terciaria a agentes del Consejo Provincial de Salud Pública, becándolos para cursar esta carrera.

Del sistema de residentes egresaron 20 médicos generalistas formados en la provincia. Hemos formado también todo el recurso de agentes sanitarios que trabaja en Río Negro. Se han realizado múltiples cursos de inmunizaciones, estadísticas, talleres de atención primaria de la salud, nutrición, salud mental, maternidad e infancia, etcétera. Se intentó capacitar a todos los sectores del equipo de salud y así propiciamos talleres dirigidos específicamente a personal de servicios generales, cocina, choferes, etcétera. Se capacitó al personal de conducción mediante cursos de supervisión para personal de enfermería, cursos de administración sanitaria para profesionales y para administradores hospitalarios. Fuera de la provincia cursaron la diplomatura en Salud Pública 6 profesionales desde 1.988 a la fecha. Se utilizó la metodología a distancia para capacitación de auxiliares de enfermería y agentes sanitarios, actualizando conocimientos de 241 agentes.

Con igual metodología a distancia se realiza capacitación en educación para la salud para docentes de escuela primaria, a efectos de convertir a los maestros en multiplicadores y promover la valorización y el autocuidado de la salud. Asimismo se propiciaron pasantías para entrenamiento del personal de salud en aquellas especialidades donde nuestra complejidad hospitalaria no permitía la capacitación en la provincia.

Cuando asumió el gobierno democrático en 1.983, la red del primer nivel de atención era ínfima y estaba desactivada por la falta de recursos materiales y humanos, el déficit en materia de comunicaciones y el progresivo abandono del contralor y apoyo a las tareas de los agentes sanitarios. Fue preciso encarar la programación y organización del primer nivel utilizando criterios de riesgo, esto es actuando sobre los grupos de población con mayor probabilidad de enfermedad o morir por causas evitables. El énfasis puesto sobre los programas relacionados con la salud de la madre y el niño llevaron a incrementar el control de las embarazadas en un 80 por ciento, lo cual se tradujo en la importante disminución de la tasa de mortalidad infantil, que se tradujo en 5 puntos, de 34.6 a 29.6 por mil, entre 1.983 y 1.985.

La estrategia de la atención primaria aplicada al primer nivel para remarcar la importancia que este tiene como puerta de entrada al sistema. Por ello, nuestra responsabilidad en los centros periféricos es hacer cada día más horizontal y democrático el sistema, apuntando al abordaje colectivo de todas las prácticas y problemáticas sociales. Bajo este concepto es que hoy se está cuestionando y replanteando el perfil de los agentes sanitarios, pensamos que su papel debe pasar cada vez menos por el hacer control social a través de datos y visitas domiciliarias, lo que durante tantos años fue su objetivo principal, para transformarse en los verdaderos articuladores entre la comunidad y el sistema como único mecanismo válido para la planificación local a partir de las propias necesidades de esa comunidad.

Utilizando como eje la estrategia de la atención primaria de la salud es que se desarrollan los distintos programas prioritarios, a efectos de informar sobre los mismos.

Solicito autorización al señor presidente, para que exponga la señora presidente del Consejo de Salud Pública, doctora Cabrera.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Está autorizada, doctora Cabrera.

SRA. CABRERA – El gobierno de la provincia de Río Negro priorizó los programas que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de madre y niño, por ende el programa de maternidad e infancia el cual se plantea como objetivo general satisfacer las necesidades biológicas y psicosociales del proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, con el fin de contribuir al descenso y disminución de las desigualdades de la mortalidad materno infantil en los distintos grupos socio-económicos, culturales y geográficos.

Es así que se decidió la implementación de 6 intervenciones básicas que traducidas en actividades fueron: Cuidados perinatales, vigilancia del crecimiento, desarrollo y nutrición, cobertura de inmunizaciones, control de enfermedad diarreica aguda, fomento de la lactancia materna, control de enfermedades respiratorias agudas.

El análisis del Programa Materno Infantil nos obliga a considerar algunos indicadores: La tasa de natalidad, como primer indicador epidemiológico, se ubica en 1.988 en el 26,2 por mil. La curva que describe la tasa de mortalidad infantil muestra en el período 80-88 un importante descenso, de 37,4 por mil a 25,7 por mil en 1.988, a expensas fundamentalmente de la disminución de la tasa de mortalidad infantil tardía de un 15,5 por mil en el año 1.980 a 7,1 por mil en 1.988 y en menor medida al descenso de la tasa de mortalidad neonatal en el mismo período, 21,9 por mil en 1.980 a 18,6 por mil en 1.988. Tenemos ya muy reciente, los datos de 1.989: La tasa de mortalidad infantil ha vuelto a descender encontrándose ahora en 25,1 por mil; la neonatal en 16,5 por mil y la post-natal en 8,6 por mil. Esto se ha acompañado de una modificación sustancial del perfil de las más importantes causas de muerte, en 1.980 ocupan todavía dentro de los primeros lugares, las diarreas, enfermedades originadas en el período neonatal y las neumonías; en los últimos años, estas pasaron a ocupar, el octavo lugar las diarreas y desaparecieron las neumonías dentro de las 10 primeras causas de muerte.

Respecto a la tasa de mortalidad materna en el período 80-88, desciende del 5 por diez mil al 1 por diez mil y son varios los elementos que concurren para esto; el incremento del parto institucional fue del 78 por ciento en 1.970 y del 98 por ciento en la actualidad; mejora además el tipo de atención, primeramente sólo un 36 por ciento era atendido por médicos, 48 por ciento por parteras, 11 por ciento por comadronas y 3 por ciento sin atención; en la actualidad el 74 por ciento de los partos son atendidos por médicos y solamente el 24 por ciento es atendido por parteras, 2 por ciento por comadronas y no hay registro de partos sin atención. El promedio provincial de controles prenatales por embarazada es de 5, variando en distintas zonas.

Se destacan también acciones de control de enfermedades diarreicas y respiratorias con una mejora en la cobertura de enfermedades inmunoprevenibles. A los fines de lograr los objetivos establecidos por el programa y teniendo en cuenta la dispersión de los servicios de salud por las características geográficas de nuestra provincia y para lograr la participación de los integrantes del equipo de salud, se creó en 1.986 el comité provincial Materno Infantil, formado por tocoginecólogos, pediatras, médicos generalistas, nutricionistas y enfermeras, con representantes en las 5 zonas sanitarias. Este comité participó en la adecuación de las normas nacionales a la provincia, así como en su implementación mediante repiques de talleres de capacitación en las distintas áreas. Se ejecutaron talleres provinciales con normas para los distintos subprogramas con la colaboración de la dirección de Maternidad e Infancia de Nación. Se implementaron las normas nacionales de control prenatal, atención del parto, recepción y reanimación del recién nacido en casi toda la provincia.

Las normas de atención a la madre y al niño del primer mes de vida, reproducción humana y evaluación de servicios, están en proceso de implementación, capacitándose al personal en el manejo normativo en las distintas zonas sanitarias; normas de control de crecimiento, nutrición y rehabilitación nutricional de niños hasta seis años, se han implementado con talleres locales multidisciplinarios, en coordinación con el departamento de nutrición.

En lo que hace al subprograma de lactancia materna, es una figura incorporada a las normas de control prenatal, fomentada a través de la internación conjunta y del control del niño.

La detección precoz de cáncer genito-mamario se realiza descentralizadamente en los servicios de tocoginecología con la colaboración de LALCEC.

En lo que hace a la atención del escolar, se trata de un programa dependiente del Departamento de Maternidad e Infancia, con normas provinciales que se realiza en el 50 por ciento de las localidades de la provincia.

Respecto a esto no existían antecedentes hasta 1.984, de atención en forma ordenada, sistematizada e integral de la salud del niño de edad escolar en la provincia de Río Negro, excepto un programa local en el área programática Viedma.

Los esfuerzos realizados siempre fueron escasos, parciales, esporádicos y sólo orientados a la atención de la enfermedad o simplemente a cumplir con un trámite administrativo por solicitud de las autoridades escolares. Teniendo en cuenta la situación, el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro dispuso en 1.984 la organización de un programa de atención al escolar, el cual fue elaborado por decreto número 764 del gobernador de la provincia.

El programa cubre parte del espectro de población escolar de 6 a 14 años, llevando a cabo la ejecución de acciones de prevención, promoción, protección y rehabilitación de este grupo, que al estar concentrado y bajo el régimen educacional es de fácil captación, posibilitando un seguimiento adecuado de los niños, favoreciendo la situación, la fácil motivación del sector educación, que aporta el invalorable apoyo de su estructura para movilizar los niños y motivar a los padres.

Desde otro punto de vista, es una oportunidad valiosa para realizar tareas de investigación, relacionadas fundamentalmente con la valoración de hechos biológicos para este grupo de población, como estudios de peso, talla, estado nutricional, incidencia local de enfermedades, etcétera.

Se tenía conciencia que la extensión de cobertura a toda la provincia era difícil, por lo cual se tendió a su ejecución en forma progresiva, basándose en los preceptos de atención primaria. Se aprovecharon los recursos de salud existentes, promoviendo la participación efectiva del equipo de salud, sin dejar de lado la colaboración que pueden prestar las obras sociales, la actividad privada y toda la comunidad.

En 1.984 se comenzó con un programa piloto en tres localidades: Viedma, El Bolsón y Cipolletti, de distintas zonas sanitarias. En 1.985 y 1.986 se extendió a tres localidades más: Sierra Grande, General Conesa y San Antonio Oeste. En 1.987 se extiende a las localidades de: Lamarque, Choele Choel, Luis Beltrán y Río Colorado. En 1.988 a Pilcaniyeu, Cinco Saltos y Chimpay, llegando así a una cobertura de 13 localidades, o sea el 50 por ciento del total de la provincia.

En 1.988 se atendieron 8.512 niños escolares, detectándose un 19 por ciento de alumnos con patologías.

Las actividades durante estos cinco años se centraron en la detección de patologías y su derivación a tratamiento, las cuales se cumplieron en parte, sobre todo las concernientes al tratamiento médico y odontológico en nivel oficial y privado.

Teniendo en cuenta la buena aceptación del programa que se traduce en su creciente cobertura, nucleado su accionar casi exclusivamente desde el programa materno infantil del Consejo Provincial de Salud Pública y las dificultades surgidas para el tratamiento de las patologías que requieren un enfoque multidisciplinario para su solución, como así también la necesidad de obtener recursos financieros para la provisión de anteojos, prótesis, etcétera, considerando que la solución a estos inconvenientes no es exclusiva del sector salud, vimos la necesidad de incorporar al programa efectores del Área Educación, Acción Social, municipio, IPROSS, cooperadoras de escuelas e instituciones intermedias de la comunidad.

Se avanzó entonces un paso más y se propone en el presente año un programa de atención al escolar en la provincia de Río Negro multisectorial y multidisciplinario. Este programa fue presentado en la última reunión del Consejo Provincial de Salud Pública, se presentaron también autoridades del Consejo de Educación y del IPROSS.

En lo que hace al programa de inmunizaciones se siguen las normas del programa nacional. La inmunización universal de los niños y consecuentemente la erradicación de las enfermedades prevenibles por vacuna, está planteado en las Américas como una meta a alcanzar y en nuestra provincia constituye una prioridad. En función de ello pretendemos aumentar la cobertura para todas las vacunas como mínimo en un 80 por ciento de la población susceptible y aumentar la cobertura de vacuna en los grupos de riesgo como mínimo un 90 por ciento de lo susceptible. En los últimos años, los niveles de cobertura mejoraron no existiendo hoy zonas de alto riesgo epidémico en la provincia de Río Negro.

En la segunda reunión de la campaña nacional de vacunación realizada en La Falda, Córdoba, en mayo de este año, se analizaron los niveles de riesgo de toda la Argentina, discriminados por provincia para el año 1.989. Se graficaron los resultados, que son los que podemos ver a continuación: en lo que hace a vacuna BCG, Río Negro ocupa el primer lugar con el 100 por ciento de los niños menores de un año con bajo riesgo potencial epidémico, o sea, una cobertura superior al 80 por ciento. En lo que hace a la Vacuna Sabin, Río Negro ocupa al 80 por ciento. En lo que hace a la Vacuna Sabin, Río Negro ocupa también el primer lugar siendo la única provincia con el 100 por ciento de su población de menores de un año con bajo riesgo potencial epidémico. En relación a la Vacuna Triple, Río Negro ocupa el cuarto lugar, teniendo dentro de su población menores de un año, un 81 por ciento con bajo riesgo epidémico y un 19 por ciento con moderado riesgo epidémico. En ninguna de las vacunas tenemos sectores de la población con alto riesgo. En lo que hace a sarampión, nuestra provincia ocupa el sexto lugar con un 76 por ciento de nuestra población con bajo riesgo epidémico y un 24 por ciento con mediano riesgo.

De acuerdo a estos cuadros de cobertura, se elaboró a nivel nacional una categorización de riesgo, dando puntajes a las distintas vacunas y calificando a las provincias como regiones de alto, moderado o bajo riesgo epidémico. Estos gráficos serán publicados en el próximo boletín epidemiológico a editarse en el presente mes.

Dentro de ese cuadro de coberturas, de esa categorización de provincias, Río Negro se encuentra dentro de las nueve provincias consideradas de bajo riesgo potencial epidémico ocupando el cuarto lugar. Estos aumentos de cobertura de vacunación que hemos presentado se traducen en una progresiva disminución en la incidencia de las patologías prevenibles. Esto podemos verlo en algunas curvas como el caso del coqueluche, se constata en la curva el descenso, la incidencia para el último año ha sido de 0.4.

En lo que hace a la incidencia del sarampión, se sabe que esta vacuna tiene un 95 por ciento de eficiencia y que la sucesiva acumulación de susceptibles determina, en nuestro país, brotes cada 4 o 5 años, de ahí el ligero aumento de la curva en 1.989 que, de cualquier forma, no alcanza los niveles de los picos anteriores. La incidencia fue de 6,7.

La curva siguiente se refiere al tétanos, es parcialmente representativa ya que no es una enfermedad epidémica, por eso la irregularidad de los picos, en 1.989 no se registraron casos en nuestra provincia.

En lo que hace a difteria, el último caso en la provincia se registró en 1.981, o sea que dentro de dos años la provincia será declarada libre de difteria. Enmarcado en la estrategia de atención primaria de la salud, se desarrolló el proyecto de integración de programas relacionados con la salud de la madre y el niño; es un programa básico y prioritario para cumplir con los objetivos del programa materno infantil, ya que se integra a nivel local todos los programas regulares que tienen que ver con la salud y bienestar de las mujeres y los niños.

Por medio de la capacitación conjunta de efectores de programas a quienes convertimos en promotores de salud, se busca la integración entre ellos y la comunidad, con la cual se cumplen los principios fundamentales como es la participación, la integración intersectorial, el aumento de cobertura, la definición de prioridades por parte de la misma comunidad, la organización comunitaria para el logro de objetivos comunes, tendiendo al autocuidado y finalmente al desarrollo social establecido como prioridad del gobierno de la provincia de Río Negro. Esto se implementó en zona sudoeste y zona andina del país con excelentes resultados y en 1.990 se extiende a Zona Atlántica.

En relación al apoyo a servicios de perinatología, dentro del programa materno infantil, las circunstancias geográficas llevaron a las autoridades del Consejo de Salud Pública a planificar tres servicios de perinatología de complejidad intermedia ubicados en Bariloche, Viedma y Roca, hospitales de complejidad 6. Estas instituciones deben atender la derivación de una zona determinada en forma de abanico, aquellos casos que requieren un nivel de mayor complejidad deben trasladarlos fuera de la provincia, ya sea por vía terrestre o aérea, ya que las tres ciudades de los centros de referencia poseen aeropuertos. A su vez realizan la devolución al centro de menor complejidad cuando el problema es superado.

En los últimos años una parte importante de los recursos fueron puestos en el mejoramiento y ampliación de la planta de estos hospitales, en las áreas de neonatología, internación conjunta y sala de partos.

En neonatología, en Bariloche se encuentra en funcionamiento la planta física y se comenzó a completar equipamiento. En Viedma se remodeló el sector faltando terminar con la provisión del sistema de oxígeno y aspiración central, lo que se completará con el aprovechamiento del subsidio recientemente otorgado por el ANSAL y se ha iniciado la incorporación de equipamiento.

A requerimiento de nación, se elevaron las necesidades de los servicios de neonatología al programa nacional de maternidad e infancia el 25 de octubre de 1.989, hallándose a la espera de una respuesta efectiva.

Podríamos reseñar cuáles fueron las actividades en 1.989, ya que este fue sin duda un año poco común.

Captación de embarazadas: Se programó y realizó mediante dos mecanismos a través de la ronda de agentes sanitarios y a través de promotores de salud en las zonas donde se implementó el proyecto de integración de programas. Se realizaron acciones de capacitación pero con limitaciones debidas a la emergencia. Esto puede evaluarse si comparamos las actividades de capacitación efectuadas por el programa durante 1.988 y 1.989. En 1.988 se realizaron 14 talleres en las localidades de Bariloche, Viedma, Río Colorado, Jacobacci, Roca, Choele Choel, El Bolsón y Ñorquinco, con la participación de 528 agentes. Hubo localidades en que se realizaron dos o más talleres. En 1.989 se pudieron realizar sólo 7 talleres y fueron predominantemente locales, así tuvieron lugar en el Hospital de Cipolletti y en sus puestos periféricos, en Allen y en Roca y 3 puestos sanitarios de Roca. En Comallo, El Bolsón y Cipolletti y un solo taller zonal que se realizó en la zona III en Viedma. Además estos talleres fueron fundamentalmente dirigidos a control de crecimiento y rehabilitación nutricional por la problemática que enfrentábamos en ese momento. Se continuó con el 98 por ciento de partos institucionales y se logró que los controles sean registrados en los carnets perinatales no pudiendo ampliarse la implementación de la historia clínica perinatal.

En lo que hace a control de embarazadas se mantiene un promedio superior a 5, valor aceptado como adecuado por la OMS. En Río Negro es, en 1.989 de 5,8 controles por parto con variaciones según las zonas.

En relación a control de crecimiento y desarrollo nutricional en niños de 6 a 8 años y embarazadas, se realizó la complementación alimentaria con la entrega de leche. Esta dación sufrió algunas variaciones y de acuerdo a normas elaboradas en talleres provinciales se priorizó la entrega a desnutridos y embarazadas desnutridas. La implementación del PEÑI sumó 2 kilogramos a cada niño desnutrido, lo que complementado con el programa materno infantil, hace un promedio de 4 kilogramos por niño.

En relación al programa de salud mental, en este área nuestras actividades se orientaron a la superación del modelo vigente, estimulando la contención del paciente en crisis en el hospital general y la aceptación del mismo por la comunidad, y desestimulando la reclusión manicomial. Este programa presentado en diferentes foros nacionales e internacionales generó importantes adhesiones y fue tomado como modelo por otras provincias como Tierra del Fuego, en un ejemplo de cooperación regional. Esta línea de trabajo se desarrolla mediante la intensa capacitación del equipo de salud y su posterior tarea que da como fruto, entre otros, la importante cantidad de grupos institucionales de alcoholismo, verdadera endemia regional que ha encontrado de esta manera su abordaje más eficaz. Toda esta política de salud mental se contrapone al esquema vigente en los años previos a la democracia, en los que se construyeron manicomios y al que hoy orgullosamente podemos decir que lo hemos transformado en hospital general.

SR. MINISTRO (Sarandria) – En el actual período de gobierno se ha puesto especial énfasis en mejorar la planta física del primer nivel de atención. Ello llevó a que se construyeran 12 centros periféricos de atención con un total de 1.406 metros cuadrados y que estas obras se llevaron a término a pesar de la grave crisis en que nos hemos visto sumidos. Los referidos centros periféricos fueron construidos en Barrio El Trabajo de Cipolletti, El 30 de la misma ciudad, El Progreso de Allen, 500 hectáreas en Chichinales, Chacra Monte de General Roca, Noroeste y 4 galpones también en General Roca, Chimpay, Corralito en el área Programa Pilcaniyeu, Paso Piedra en el Área Programa Choele Choel, Villa Unión de Río Colorado y en Aguada de Guerra de reciente inauguración.

Actualmente se encuentra en construcción el centro periférico de Fita Ruin –Área Programa de Los Menucos- y está adjudicado el de Lipetren, en el Área Programa Ñorquinco.

Un aspecto esencial de la red de atención primaria es el referido a las comunicaciones. En el Plan de Salud de 1988 fueron enunciadas entre las metas, la instalación de una red de radios de manera de comunicar los periféricos más alejados con sus respectivas cabeceras de áreas, a estas entre sí y con sus vehículos y todas con la red de radio presidencia. Hasta el momento hemos concretado la instalación de radios en: Áreas Programa Valcheta, en el Hospital Valcheta y Arroyo Salado; Área Los Menucos, Hospital Los Menucos, Fita Ruin y Queupuniyeu; Área Programa Jacobacci, Hospital de Jacobacci con Atraico y Colanco-Nue; Área Programa Ñorquinco, Hospital Ñorquinco y Río Chico; Área Programa Cipolletti, Puesto Sanitario Nahupa-Huen; Área Programa Comallo, Blancura Centro, Anecón Grande y radio móvil y Área Sierra Grande, Hospital Sierra Grande con 2 móviles, ambulancia y camioneta de atención primaria.

No solamente en el aspecto tecnológico quedaron atrasados nuestros hospitales durante la dictadura; la infraestructura edilicia básica tiene una antigüedad promedio de más de 40 años; además del abandono y falta de mantenimiento a que fue sometido durante largos períodos, se agrega su total falta de funcionalidad para adecuarse a la concepción actual en materia de arquitectura sanitaria. Prueba de ello es que se componían casi exclusivamente de áreas destinadas a la internación, con pocos o ningún consultorio externo y sin espacios para servicios auxiliares. Esto se cuantifica cuando se observa que el promedio de metros cuadrados por cama rondaba los 25 metros, siendo el ideal no menor de 50 o 60, según la complejidad. Es así que se encaró un ambicioso programa de recuperación, readecuación y modernización edilicia, destacándose entre las obras más importantes: remodelación total del Hospital de Cipolletti; esta obra se inició en 1.985 y se habilitó en diciembre del año pasado y si bien fue remodelado totalmente, se puede considerar como insuficiente el espacio disponible, lo que es imposible de modificar por no disponer de superficie libre y por estar entre medianeras construidas; en la inteligencia de esta situación fue que se seleccionara Cipolletti como lugar de un nuevo hospital nivel 6 a realizarse con un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo;

cabe destacar que si bien el crédito fue aprobado, el proyecto terminado y todas las tramitaciones correspondientes a la provincia concluidas, la posibilidad de ejecución está hoy en riesgo de no concretarse por la incertidumbre de dar cumplimiento en la contraprestación a cargo de la nación como es de público conocimiento. El Hospital de Allen es el más viejo de La Patagonia, datando de 1.916; se realizó una refacción del edificio nuevo donde funcionaba la institución manicomial, que permitió redimensionar los servicios, adecuándolos convenientemente para la función de hospital general. En el Hospital de General Roca fue necesario realizar muy importantes reparaciones de estructuras e instalaciones en 1.986; también se comienza y se finaliza una obra de ampliación de los sectores de quirófanos, tocoginecología y neonatología, constituyéndose este último en el servicio más importante de la región; estas instalaciones ya en funcionamiento se inaugurarán oficialmente el próximo lunes 2 de julio. El Hospital Choele Choel es un edificio con características constructivas y funcionales ya superadas debido a que los sectores de servicios generales no han crecido al ritmo de la demanda lo que ha originado el más bajo índice de superficie cubierta por cada cama en toda la provincia –17 metros cuadrados por cama-.

Por eso fue elegido para incluir en el programa de construcciones sociales con financiación privada puesto en marcha en 1988 una importante ampliación de este hospital, que comprende además refacciones a lo existente. De esta forma, sin aumentar considerablemente la internación, se logra una modernización del conjunto y una funcionalidad adecuada, con una superficie final de aproximadamente 50 metros por cama. Actualmente esta obra se encuentra en ejecución.

El Hospital de Bariloche es el más grande de la provincia. Su construcción data de 1.938, con sucesivas ampliaciones posteriores; recientemente se ha terminada una nueva ala destinada a pediatría y a terapia intensiva, encontrándose en la etapa final la construcción del nexo entre esta parte y el edificio central. Cabe destacar que está pronto a ser inaugurado el sector quirófano, el más importante de la Provincia, ya consideremos el sector público o el privado, obra que se concretó gracias a la colaboración de la comunidad a través de la cooperadora.

En noviembre de 1.989 se finalizó la ampliación del Hospital de Los Menucos dotándolo de una importante área de consultorios externos, guardia y estadística, ampliación que además unificó en forma coherente el conjunto previamente existente.

Deseo, señor presidente, su autorización para poder mostrar brevemente en un video de 14 minutos, 35 segundos estas cosas que acabo de enumerar.

No coinciden con el orden que dije recién, pero lo primero que vamos a ver es el exterior del Hospital de Los Menucos donde vamos a ingresar enseguida a la sala de espera, en el área de consultorios externos, a la cual hemos privilegiado ya que el citado hospital tenía prácticamente un solo consultorio externo y se contraponía con nuestra política de atención primaria. Vamos a poder observar el equipamiento, que ha sido en este caso suministrado por el IProSS ya que el hospital público es el único prestador; el equipo de odontología estamos viendo en este momento, aquí el laboratorio y consultorio de medicina general.

Vemos acá el consultor periférico de Aguada de Guerra inaugurado el mes pasado. Este es un tipo de consultorio periférico destinado a parajes de 700 a 800 personas de residencia; acá vemos el consultorio y es de destacar que este tipo de periféricos incluye también la vivienda para el agente sanitario o la enfermera, de acuerdo a quién tenga la responsabilidad del consultorio periférico. También el equipamiento fue suministrado por la obra social provincial.

Vemos acá uno de los quirófanos del interior del Hospital de Bariloche que tiene un equipamiento realmente de avanzada, también comprado en cooperación con la comunidad, son tres quirófanos, también tiene un quirófano de quemados, estos están diseñados según concepto arquitectónico moderno. Acá vemos el equipo de anestesia, tiene prevista la circulación de manera que siga los cánones más estrictos de la asepsia. Este es un quirófano de quemados. Acá se ven los pasillos especialmente para circulación de pacientes, como habíamos dicho.

Este es el servicio de neonatología del Hospital de San Carlos de Bariloche muy importante iniciado en el año 1.985, es un servicio también de derivación, sí, del cual deriva toda la zona IV que recibe hasta pacientes de otras provincias como es el caso de Chubut. Toda la aparatología que se ve es compleja y permite un control intensivo de los neonatos de alto riesgo. Acá está la parte de afuera de la nueva ala de pediatría y terapia intensiva que todavía no está en funcionamiento, solamente funciona la parte externa de consultorios externos porque está a la espera de que se termine de unir con el sector viejo del hospital, para eso falta la instalación de un ascensor, ya está firmado el decreto que contempla el subsidio para la adquisición del mismo que uniría los dos sectores por valor de 70 millones de australes. Este es un pasillo del sector de internación de pediatría. En realidad cuando nosotros hablamos del equipamiento tecnológico, de las salas de terapia intensiva, de las salas de neonatología, decimos que eso debe existir como una punta del sistema a la cual tiene que llegar la menor cantidad de pacientes posibles en función de nuestra política de atención primaria.

Este es el Hospital de Cipolletti, remodelado, este es el sector de cocina, en general no son evaluados a veces como importantes todas las actividades intermedias en los sectores de apoyo como son cocina, lavadero, mantenimiento, pero sí cuando funcionan mal son fruto de grandes conflictos y grandes problemas de funcionamiento, como decíamos, en general se evalúa solamente parte de los hospitales que atienden los médicos. Bueno, acá la cocina y el lavadero del Hospital de Cipolletti son realmente muy importantes, disminuyen los riesgos de los trabajadores de la salud y realmente son servicios de apoyo indispensables; todas estas son máquinas nuevas. Este es un pasillo del área de internación, al fondo está la sala de terapia intensiva; si observamos vamos a ver que en todos los pasillos hay pinturas de distintos colores que identifican a qué área nos estamos refiriendo.

Estas son las partes exteriores del Hospital nuevo de Allen, de la remodelación del ex-neurosiquiátrico que ha quedado transformado en un hospital de complejidad cuatro de medicina general; esta es la sala de espera para la guardia, como se encuentra en una zona de accidentología importante va a tener conexión directa con la ruta. Vemos distintas instalaciones, bancos de sangre, laboratorio. Con la construcción del hospital hubo una gran participación de la comunidad, esta es la sala médica de guardia, la participación de la comunidad es altamente deseable, hace sentir un gran sentimiento de pertenencia del hospital, a nosotros nos complace poder decir que algunas de estas construcciones tienen alto porcentaje de participación comunitaria.

Quirófano, sala de partos, pasillos antes del ingreso a quirófano y sala de partos. Este es el consultorio periférico del Barrio El Progreso de la ciudad de Allen, acá se ve el interior, hay gente esperando. Office de enfermería, control de niño sano. Estas son las afueras del Hospital de General Roca, aquí vemos equipamientos pertenecientes al área de neonatología, equipamientos sofisticados. Estas son las incubadoras, las escenas que vamos a ver son previas a que comenzaran a funcionar y otras en funcionamiento. Correspondiendo con lo que explicaba la doctora Cabrera, este servicio es el más importante del Alto Valle como el de Bariloche lo era de la Zona Andina. Todas estas son salas de sucesivos cuidados progresivos en neonatos, pasillo de servicio. Este es un monitor para neonatos de alto riesgo, sala de médicos. Este es un pasillo de las áreas de internación de tocoginecología, una sala de internación. Este pasillo largo comunica el área de tocoginecología con el quirófano, precisamente para poder ir por circulación restringida con aquellas parturientas que deben ir a cesárea o sala de partos, área de esterilización. Este es el periférico de Chacra Monte, esta es una forma de trabajo de los agentes sanitarios, trabajador de la salud, su tarea no sólo se reduce a vacunar sino también a dar diagnósticos de situación social. Sala de espera, en el Hospital de Chimpay como gracias a la colaboración comunitaria se inauguró un consultorio periférico, el consultorio periférico que le correspondía se anexó y sirvió para ampliación de este hospital de complejidad 3. Este es el periférico hecho por la comunidad en el barrio Santa Gregoria que se llama Eustasio Fidalgo, por el primer idóneo que ejerció en Chimpay y al cual la comunidad le tiene un grato recuerdo. Este periférico se inauguró en enero de 1.989, este es el Hospital de Choele Choel en su etapa de construcción, debe estar en un 20 ó 30 por ciento, aquí también hay una gran motivación de la comunidad, es un hospital que se ha licitado, no llave en mano, es decir que va a haber necesidad de equiparlo y seguramente el equipamiento de la parte vieja del hospital no va a ser suficiente, nosotros ya hemos movilizad a la comunidad en pos de su hospital que va a ser el centro de referencia obligado de todo el Valle Medio de la II Zona Sanitaria y pensamos que va a poder contener muchas más patologías que la actual, lo cual va a redundar en una disminución de las derivaciones que tanto se realizan al Alto Valle, Valle Inferior o a Bahía Blanca, como ven el estado de construcción es bastante avanzado.

Este es un consultorio periférico que se encuentra en Paso Piedra, en zonas de chacras de Choele Choel; de características semejantes al de Aguada de Guerra, tiene también vivienda, y hay un hecho que a nosotros nos satisface y es que está construido al lado de una escuela donde se da una interesante interacción de sectores entre educación y salud. Gracias.

En oportunidad de poner en marcha el plan de salud de 1.988, sosteníamos que las acciones de salud no pueden quedar limitadas a las personas, sino que también deben dirigirse al medio en el cual viven y trabajan, por lo cual es imprescindible insistir en todo lo referente al saneamiento ambiental, la protección de la calidad de los alimentos y el control de la zoonosis.

Ahora bien, en lo que hace a saneamiento básico es necesario reconocer que no todas las acciones son efectuadas por el mismo organismo específico en el sector salud, cumpliendo con el principio de intersectorialidad también enumerado, sino que éste utiliza otras estructuras que promueven, orientan y asesoran para el mejor logro de metas y resultados en una política de protección y uso con racionalidad ecológica de los recursos naturales siendo las principales acciones realizadas las siguientes: Se firmaron convenios con otros sectores para la ejecución de núcleos sanitarios y letrinas en el área rural; convenios con el Departamento Provincial de Aguas para concretar la fluoración de agua en las localidades que lo requieran y para realizar análisis de rutina en los servicios de agua potable del Alto Valle y Región Andina, utilizando para tal fin la estructura de los laboratorios de salud ambiental del Consejo Provincial de Salud Pública; se realizaron estudios de necesidades y cálculos de equipos de fluoración en distintas localidades; se entregó al Departamento Provincial de Aguas, a través del programa de salud bucal, un equipo totalmente automatizado para la fluoración del agua y un equipo normal con el mismo fin; se investigó a escala piloto el diseño de equipos no tradicionales destinados al mismo fin; se realiza muestreo programado de calidad de agua en toda dependencia del Consejo Provincial de Educación como escuelas, residencias y albergues, Consejo Provincial de Salud Pública, conjuntamente con tareas de desinsectación, desratización, desinfección, limpieza de reservorios de agua potable y clases de educación sanitaria.

En cuanto al área de los alimentos, la organización institucional provincial está enmarcada en la política nacional en esta materia, definida por el Programa de Protección Alimentaria (PRONAPAL) para todo el país. La responsabilidad en la aplicación de la Ley 18.284 del código alimentario argentino, su reglamentación y modificatorias está a cargo del Consejo Provincial de Salud Pública, según ley provincial número 739 del 72 quien se ocupa de la protección y promoción alimentaria en todo el territorio rionegrino. Las acciones se encuentran descentralizadas en las zonas sanitarias a través de coordinadores de salud ambiental y supervisores de áreas. Se cuenta con una infraestructura de tres laboratorios regionales de salud ambiental ubicados en Villa Regina, Cinco Saltos y Viedma que cumplen funciones científicas y de apoyo a las tareas que se desarrollan en el área.

Las operaciones generales de los laboratorios consisten en la recepción, registro, análisis de laboratorio, almacenamiento y eliminación de muestras, presentación de informes con los resultados de los análisis y archivo de los mismos. Es importante revalorizar el rol que cumplen estos laboratorios, sobre todo en lo referente a la prevención de transmisión de enfermedades a través de los alimentos.

Las actividades de inspectoría se desarrollan a partir de inspecciones higiénico-sanitarias a fábricas de alimentos y supermercados o mayoristas de productos alimenticios.

Conjuntamente con los municipios se realizan acciones en bocas de expendio y/o pequeños establecimientos del rubro alimenticio, panaderías, fábricas de pastas, etcétera, como así también en rutas camineras a efectos de garantizar la introducción de alimentos aptos para el consumo a la provincia.

Se efectúa además el control de alimentos adquiridos por organismo oficiales y asesoramiento a los establecimientos y lugares para consumidores tales como comedores escolares, cárceles, asilos, etcétera.

En enero de 1.989 se firmó en Rawson un acuerdo entre las provincias de La Pampa, Río Negro, Neuquén y Chubut a efectos de compartir criterios y procedimientos en ecología, saneamiento, bromatología, zoonosis y salud psicosocial y a posteriori se reúnen en febrero de 1.989 en Viedma, donde se ratifica la voluntad de continuar trabajando unificadamente en el marco de la regionalización sanitaria.

En materia de zoonosis haremos referencia a los programas de control de Chagas e Hidatidosis para lo cual solicito nuevamente autorización para que exponga la doctora Cabrera.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Está autorizada doctora Cabrera.

SRA. CABRERA – A partir de finales de 1.987 se cubre la jefatura del Programa Chagas al que se integra al Departamento Zoonosis, se elabora entonces un programa de trabajo que propone: Definir con precisión la situación del vector en la provincia, esto es su distribución geográfica y porcentaje de viviendas infectadas. Organizar operativos especiales de fumigación tendientes a recuperar el control de las vinchucas en el sur de la provincia sobre la base de la cooperación entre el Servicio Nacional de Chagas que provee los insecticidas, el Consejo Provincial de Salud Pública que asume los costos operativos y los municipios donde se capacitan brigadas de rociado. Organizar un sistema de vigilancia y control basado en estrategias de atención primaria de la salud integrando el Programa de Chagas a la red de efectores de Salud Ambiental y del hospital público a través de los agentes sanitarios.

La mecánica incluye: Entrenamiento de agentes sanitarios. Colocación de sensores domiciliarios, dos por vivienda en las áreas urbanas y rurales determinadas como prioritarias. Control posterior de los sensores por los agentes sanitarios en sus rondas domiciliarias. Rociado puntual de las viviendas en las que se detecta aparición de vinchucas. Supervisión a cargo de la red de veterinarios y técnicos en saneamiento de la Dirección de Salud Ambiental. Diagnóstico precoz en escolares y grupos de riesgo mediante extracciones de sangre basadas en métodos de punción digital. Control de Chagas transfusional mediante provisión de antígenos a los bancos de sangre hospitalarios.

Para la instrumentación eficiente de las acciones programadas se concretaron líneas de trabajo tendientes a capacitar a la totalidad del personal que había de desempeñarse en los distintos servicios del programa. Así, podemos señalar: Actualización en técnicas de rociado a brigadas de rociado municipales y de Salud Pública en Viedma, General Roca y Valcheta, concurriendo personal de I, II, III y IV zona sanitaria, cursos dictados por el Servicio Nacional de Chagas en 1.988. Actualización de inmunodiagnóstico de Chagas a bioquímicos de servicios hospitalarios en San Carlos de Bariloche con participación de personal de II, III, IV y V zona por el Instituto Nacional Fatała Chaven en 1.989. Capacitación sobre control y vigilancia mediante acciones de atención primaria a agentes sanitarios y bioquímicos en Viedma y Valcheta con personal de II, III y V zona sanitaria por parte del Instituto Nacional Fatała Chaven. Capacitación en el tema de control y vigilancia mediante acciones de atención primaria a agentes sanitarios y bioquímicos en Cipolletti con personal del zona sanitaria realizado por el Laboratorio de Zoonosis de Río Negro, también en 1.989.

A partir de las líneas de trabajo instrumentadas, hoy podemos decir que el Consejo Provincial de Salud Pública se encuentra dando respuesta a la presencia del vector de la enfermedad de Chagas en toda la provincia.

Se atacaron en forma frontal, en acción conjunta con los municipios involucrados, los focos de vinchucas detectados por el sistema de vigilancia o denunciados por la población en las localidades de Catriel, Cinco Saltos y Fernández Oro.

Se completó el presente año el rociado domiciliario del 100 por ciento de las unidades habitacionales del área de mayor endemicidad de la provincia, esto es Valcheta y Sierra Colorada, en acción conjunta municipio-hospital.

Lo expuesto permitió que en el período 88/90 se hayan evaluado más de 8500 viviendas, de las cuales sólo 3.010 han sido rociadas con insecticidas piretroides de alto poder residual y baja toxicidad.

Se continúa instrumentando el control en banco de sangre, lo que permitió efectuar en 1.989, 5.295 estudios hospitalarios, poniéndose también en marcha el control serológico precoz en población escolar.

Se desarrolla en la provincia de Río Negro un sistema de vigilancia epidemiológica a partir de la actividad del agente sanitario, que permite detectar en forma temprana la reaparición domiciliar del vector y efectuar las pertinentes acciones de control, evitándose así la reiteración de costosos operativos masivos de rociado antivectorial que ya han sido dejados de lado en nuestra provincia.

Referente a la hidatidosis, esta enfermedad en la Argentina en general y en Río Negro en particular constituye un serio problema para Salud Pública, provocando también innumerables pérdidas a la ganadería.

Ello es consecuencia de la presencia de condiciones epidemiológicas ideales para la difusión del equinococcus granulosus, su agente causante, en las provincias del sur del país, al coexistir una economía basada en el monocultivo ovino con una realidad social, económica y cultural en la mayor parte de la población rural que condiciona la presencia de hábitos favorecedores para el mantenimiento del ciclo de transmisión.

En nuestra provincia particularmente, la magnitud del daño causado por la enfermedad hidatídica la convierte en uno de los problemas más graves que enfrentan las autoridades de salud.

Así, en el período 1.970/1987 se informan 1.574 casos humanos nuevos, siendo el 13,32 por ciento de los días cama quirúrgicos ocupados por pacientes hidatídicos. El diagnóstico inicial efectuado en la provincia en 1.979 indicó una tasa de prevalencia de infestación en perros de un 41,3 por ciento y en ovinos la tasa de infección para dicho año se ubicaba en el 61 por ciento.

La gravedad de la situación que colocaba a casi toda la población rionegrina en condición de vulnerable a la enfermedad, motivó al gobierno provincial, mediante su organismo de salud, a implementar un programa de control cuya primera etapa abarcó los años 1.979/1.988.

El criterio utilizado para la implementación de este programa fue el de control en áreas reducidas que puedan ser ampliadas paulatinamente de acuerdo los resultados obtenidos y a los recursos existentes.

En el período 1.970/1.978 se notifican 495 casos nuevos de hidatidosis humano, un promedio de 55 casos anuales, cifras ubicadas muy por debajo de la verdadera ocurrencia de la hidatidosis en Río Negro.

A partir de 1.978 y como producto de la reformulación del sistema de notificación efectuado con la puesta en marcha del Programa de Lucha Contra la Hidatidosis, aumenta el número de casos nuevos notificados. Así, entre 1.981/1.987 se registran 1.079 casos con un promedio de 174 casos anuales.

El promedio de días internación, por su parte, disminuyó de 29,12 en 1.979 a 11,6 días por paciente en 1.986, producto esto del mejoramiento de las técnicas de tratamiento, sumado a la implementación de actividades de diagnóstico precoz por métodos serológicos y ecográficos.

Se realizaron 31.571 encuestas serológicas y 1.950 encuestas ecográficas en el período 80/88.

Dentro de las actividades debe hacerse hincapié en la constante introducción de nuevos métodos diagnósticos, de mayor sensibilidad y especificidad, siendo incluso algunos de estos métodos desarrollados originalmente en la provincia de Río Negro como es el caso de la ecografía de campo, toma de muestras de sangre en escolares por punción digital con participación del cuerpo docente.

El programa desarrolla sus actividades de control durante el período 79/87 en los Departamentos de Bariloche, Ñorquinco, 25 de Mayo y Pilcaniyeu, seleccionado por ser de mayor incidencia de la enfermedad cubriéndose así 51.479 kilómetros cuadrados, a esto se denominó área programática I.

Las actividades incluyeron el registro de la población de perros mediante carnets de propietario de canes, habiéndose censado y puesto bajo programa a 5.473 perros, de los cuales 4.239 eran rurales y 1.234 de zonas nucleadas.

La población de perros fue sometida a desparasitación sistemática con Praziquantel en una frecuencia trimestral en área rural y semestral en áreas nucleadas. Posteriormente se ajusta el modelo de acuerdo a criterios de enfoque de riesgo y la desparasitación se hace bimensual en áreas de alto nivel de reinfección.

Esta actividad fue encomendada a agentes sanitarios de los hospitales, quienes en su visita domiciliaria entregaban los comprimidos a los propietarios de los canes, para una o más rondas según la accesibilidad del área. Paralelamente se realizaron actividades de vigilancia de la infección en perros mediante el uso de un tenífugo bromhidrato de arecolina, acción a cargo de los equipos veterinarios, complementada con estudios de infección ovina efectuados en los mataderos provinciales.

Conjuntamente a las acciones específicas sobre el perro se efectuaron actividades de atención humana vinculadas al Programa de Control, registro e identificación de casos, organización de servicios especiales de diagnóstico y encuestas para la detección precoz de portadores hidatídicos asintomáticos, realizadas también con fines de vigilancia epidemiológica para evaluar el impacto del programa de control en el nombre con un indicador sensible y no influenciado por cuestiones administrativas.

En el período 80/89, con esta estrategia se realizan más de 140 mil acciones de desparasitación con un consumo de 334 mil tabletas de praziquantel. Las coberturas alcanzadas fueron en constante aumento, 42 por ciento en 1.982 a 87 por ciento en 1.987. En este período se efectúan asimismo 11.467 dosificaciones de control con arecolina.

A partir de 1.986 se incorporan los Departamentos de Valcheta y 9 de Julio al programa de control, lo cual implicó llevar acciones en el medio rural a 97.538 kilómetros cuadrados, esto lo transforma en uno de los programas existentes en el mundo más extensos para geografías de tipo continental.

El esfuerzo actual, considerando ambas áreas de trabajo en conjunto, implicó más de 12 mil canes bajo control en la Línea Sur, 154 mil desparasitaciones y un consumo de 350 mil comprimidos. Es de destacar que en 12 años de programa no han faltado antiparasitarios caninos para la Línea Sur, situación que se mantuvo durante 1.989 pese a la crisis y se mantiene en el corriente año en que se llevan adquiridos 42 mil comprimidos para garantizar la continuidad del programa.

A modo de comentario, este programa insume sólo en comprimidos para desparasitación entre 60 y 80 mil dólares anuales, esa variación de 60 a 80 depende de que nación aporte o no fondos. El programa fue evaluado en 1.988 por un organismo internacional, el CEPANZO, Centro Panamericano de Zoonosis, organismo dependiente de la Organización Panamericana de la Salud que constató el cumplimiento de las mismas, habiéndose incluso superado algunas.

Como vimos en el cuadro, en lo que hace a prevalencia e infección canina, descendió del 41,3 por ciento inicial a un 5 por ciento, con una reducción del 88 por ciento que supera la propuesta al lanzamiento del programa que era del 80 por ciento.

En lo que hace a la infección ovina, partimos de una infección del 61 por ciento llegando a los 10 años de programa al 7 por ciento, con una reducción también del 88 por ciento para un 50 por ciento previsto.

En lo referente a prevalencias en serología humana en escolares, pasamos de un 2,5 a 0, cumplimentando la meta del 100 por ciento que nos habíamos planteado; en lo que hace a incidencia humana para un acorte de 0 a 10 años, pasamos de 22 a 10 con una reducción que es inferior a la buscada del 80 por ciento.

Por lo expuesto, la situación actual es de prevalencia baja habiéndose limitado casi en su totalidad la transmisión al hombre en los departamentos bajo control.

En oportunidad de la supervisión internacional se recomendó que, habiendo alcanzado las metas y en atención a que el programa llevado a cabo había disminuido notablemente la prevalencia de la enfermedad, era necesario la puesta en marcha de un nuevo programa que permita introducir modificaciones a las estrategias, con vistas a llevar la situación epidemiológica de la enfermedad a niveles en los que comience a autolimitarse, haciendo factible su erradicación de la provincia, por ello las nuevas estrategias deberán estar dirigidas a la identificación de rebaños infectados y de propietarios de canes portadores de *equinococcus granulosus* concentrando las acciones de saneamiento en estos grupos de riesgo. En este marco se aprobó el programa de control de la hidatidosis para el período 1.989/1.998 mediante decreto 651/89 que incluye, entre otros aspectos, la expansión geográfica del programa al Departamento El Cuy, la elaboración de un proyecto de ley de control de la hidatidosis, en este momento en consideración en el Consejo Provincial de Salud Pública y la asignación de los recursos económicos y humanos necesarios para asegurar el éxito del programa.

El principal beneficio de la situación a alcanzarse lo constituye la virtual desaparición del riesgo de la población humana de contraer esta enfermedad.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor Ministro de Asuntos Sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Un aspecto muy importante de la política de salud de nuestra provincia y que es necesario remarcar por su estrecha relación con el manejo de la emergencia, es lo relativo a la descentralización. Como ya hemos dicho, la ley 2.034 que reorganizó el Consejo Provincial de Salud Pública, crea también los Consejos Zonales y los Consejos Hospitalarios de la Comunidad, de este modo quedan definidos tres niveles de organización, a saber: El nivel central y el nivel local, la estructura de todos ellos es ampliamente participativa, existiendo representación de los trabajadores de la salud en todos los niveles, así como participación de la comunidad a través de la representación de los municipios y las juntas vecinales.

Somos conscientes sin embargo, que la ley es condición necesaria pero no suficiente, la descentralización presupone una verdadera transferencia en la capacidad de decisión hacia niveles cada vez más bajos, es decir, acercar cada vez más los niveles de decisión a los de ejecución, en ese sentido, descentralizar es también democratizar.

Desde el inicio de nuestra gestión hemos dado pasos dirigidos a producir esa transferencia comenzando por poner en marcha un proceso de desconcentración administrativa hacia las zonas sanitarias. No desconocemos que esto es sólo un paso en el proceso de descentralización, sin embargo, el contar con estructuras administrativas a nivel zonal preparadas para llevar adelante la compra de insumos fue de vital importancia cuando hubo que enfrentar la hiperinflación y el desabastecimiento, a punto tal que permitió que la provisión de elementos básicos, sin bien estuvo gravemente resentida, no se interrumpiera, lo cual difícilmente se hubiera logrado si todas las compras se hubieran hecho como antaño a nivel central. Estamos convencidos que la descentralización es herramienta imprescindible en la concreción de un sistema de salud más eficiente y más asentado sobre los problemas reales de la gente. Sabemos que su suerte está atada a la reforma del Estado que nuestra provincia está encarando, pero sabemos también que esta cuestión está ligada a la necesidad de aumentar el poder de decisión de las provincias con respecto a la nación, es decir a una auténtica federalización de la salud.

En ese sentido abogamos por la rápida reglamentación de los artículos 3º y 4º de la ley del seguro nacional de salud aún sin reglamentar, referidos a la federalización y descentralización del sistema para lograr los convenios de adhesión provincial destinatarios finales de la administración del seguro. Lamentablemente fue necesario el virtual derrumbe de la seguridad social nacional para que se hiciera evidente que los fondos con que se financia, o se debería financiar, la atención de alrededor de un tercio de los habitantes de nuestra provincia y que salen de los aportes que ellos mismos realizan; se manejan a través de organizaciones nacionales gigantescas, cuyos intereses y problemas poco o nada tienen que ver con los nuestros, obras sociales nacionales con los servicios cortados durante períodos prolongados por falta de pago a los prestadores o la situación de los jubilados sin cobertura por parte del instituto nacional que los nuclea, son cosas de todos los días y por todos conocidas. Sucede que en épocas más o menos normales los distintos subsectores se reparten en los hechos su clientela y compensan mutuamente las oscilaciones en la capacidad de pago y en la capacidad de respuesta a través de un sistema de subsidios más o menos encubiertos. En situaciones de crisis en cambio, estos subsectores entran al mismo tiempo en caída de su capacidad operativa, reduciendo la capacidad de respuesta global del sistema y desplazando de la clientela hospitalaria a los sectores de menores ingresos. Vemos así que la existencia de obras sociales con los servicios cortados por los prestadores privados por falta de pago, los altos coseguros impagables por la franja de menores ingresos, el cobro de adicionales por parte de los prestadores, traen como resultado la saturación de los servicios hospitalarios sin una adecuada compensación. La falta de alta tecnología obliga a derivar pacientes al sector privado para realizar estudios, muchos de esos pacientes pertenecen a obras sociales suspendidas en su atención y el Estado debe pagar esas prácticas con lo cual vemos que la provincia está subsidiando a obras sociales nacionales.

La lectura de algunas cifras puede ser reveladora en este sentido: En los cinco primeros meses del año, es decir entre enero mayo el departamento de derivación de pacientes del Consejo Provincial de Salud Pública ha atendido en concepto de estudios complementarios, material descartable, prótesis y medicamentos para enfermos derivados, la suma de 62 millones de australes, que sumados a más de 13 millones gastados en idéntico concepto por las zonas sanitarias, da un total en este rubro de 75.500.000 australes. Para el mismo período de enero a mayo el gasto en vuelos sanitarios ha alcanzado los 91 millones de australes. En estos gastos de derivación que referíamos no están incluidos los correspondientes a las hemodiálisis que se realizan a pacientes renales crónicos y que como se verá son mucho más importantes. Hasta 1.988 y primeros meses de 1.989 las hemodiálisis realizadas en la provincia eran pagadas a los prestadores por la nación, aunque en los últimos meses ya existían algunas dificultades, sin embargo a partir de la asunción de las nuevas autoridades estos pagos se interrumpieron por completo. Así es que la provincia lleva gastada, desde entonces hasta marzo de este año, la suma de 347.256.771 australes sin haber logrado que la nación reintegra nada de este gasto.

Un problema similar ha sufrido el aporte que realizaba y ya no realiza la nación para drogas antineoplásicas. En lo que va del año el Consejo Provincial de Salud Pública lleva gastados, en esas drogas, 22 millones de australes.

Los problemas que enfrenta el sistema público no son de manera alguna exclusivos de Río Negro. Así lo revela un documento suscripto por los representantes de todas las provincias argentinas en el ámbito del Consejo Federal de Salud el 4 de abril pasado y cuya lectura me parece útil para que se vea hasta qué punto enfrentamos problemas comunes al resto del país. En un documento firmado por la totalidad de los responsables de salud de todas las provincias argentinas, a los 4 días del mes de abril de 1.990, en el Salón de las Banderas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, las autoridades de salud de las jurisdicciones provinciales y de la nación, reunidas en el Consejo Federal de Salud, expusieron la situación general del sector destacando en forma unánime los siguientes puntos: 1º) El derrumbe del sistema de la seguridad social, agravado por falta de una política coherente que ataque y revierta dicha situación, determina una importante derivación espontánea o inducida de sus beneficiarios al subsector público. 2º) El deterioro del hospital público en los últimos 15 años y el creciente costo de los indicadores de salud, 3º) La marcada dificultad, por las características de la actual crisis económica nacional, de acceder a un regular ingreso de insumos y equipamiento básico de funcionamiento. 4º) La estrecha dependencia del Sector de Salud con el comportamiento del dólar y el anómalo funcionamiento del mercado, lo que obliga al reacomodamiento, reducción permanente y progresiva de los insumos y materiales básicos de funcionamiento. 5º) El deterioro de la salud en los últimos 14 meses se refleja en una creciente demanda espontánea insatisfecha que debe ser considerada en la emergencia económico-social de la nación. 6º) La imposibilidad de los presupuestos de satisfacer las necesidades de incremento de los niveles de asistencia del Subsector Público.

Cabe aclarar que por todas las razones expresadas precedentemente se mantendría esta imposibilidad aunque fueron satisfechas las demandas recientemente expresadas por los gobernadores provinciales ante el Ejecutivo Nacional. Por lo tanto el COFESA, Consejo Federal de Salud, ante la coyuntura y apoyando la declaración de la emergencia sanitaria nacional, propone la creación de un fondo nacional para la emergencia sanitaria con las siguientes características: a) Dar agilidad administrativa a la utilización de los recursos y a la transferencia de fondos, asignándolos directamente a los responsables gubernamentales del área de salud de cada jurisdicción por intermedio de la Subsecretaría de Salud de la Nación. b) Determinar su duración en 6 meses a partir de la puesta en funcionamiento de dicho fondo, con posibilidad de prórroga en caso de subsistir las causas que motivaron su creación. c) Establecer un monto fijo de 75.000 millones mensuales, que permitirá recuperar los gastos que absorbe el subsector, d) adecuar los insumos para el funcionamiento y programar para ese semestre una racionalización adecuada de los recursos. E) Dicho monto será reajustado mensualmente en base al índice de costos de insumos y funcionamiento hospitalario.

F) Fijar la rendición ante la Subsecretaría de Salud de la Nación dentro de los 60 días de recepción, como una condición indispensable para recibir los siguientes fondos.

Pedido especial: Declarar de absoluta prioridad el Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud o Programa BID, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Comprometer al Ministerio de Economía para el cumplimiento de la contraparte nacional de dicho programa. Lamentablemente lo solicitado no ha sido hasta la fecha implementado, hemos abierto la cuenta de referencia.

Desde la asunción del gobierno democrático en diciembre de 1.983 venimos sosteniendo que el hospital público debe incorporarse activamente al circuito de la seguridad social, y éste fue el sentido de la sanción en la ley 1.896 que mencionábamos antes. Es esta la forma en que el hospital acceda a la única fuente genuina de financiación, actuando como un prestador más, terminando con el concepto arcaico del hospital para los indigentes y la atención privada para los que tienen cobertura, con todo el caudal de injusticia y desigualdad que ese concepto conlleva.

La profunda crisis desatada el año pasado demostró a las claras que ese debió ser el camino correcto. Muchas obras sociales, inclusive, entendieron –aunque tarde– que de haber volcado parte de sus fondos hacia el hospital público, éste estaría en mejores condiciones para responder a la demanda actual de sus propios afiliados. Lamentablemente tenemos que admitir que, a pesar de lo que se ha avanzado, los resultados distan aún de ser los requeridos.

El hospital, con su carácter de público y gratuito reúne todas las condiciones adversas para la facturación de sus prestaciones; las obras sociales prefieren no formalizar convenios que las puedan atar a obligaciones administrativas o económicas, tiende a ocultar su pertenencia a una obra social; el personal administrativo no insiste demasiado en establecer la cobertura que, de todos modos, no es imprescindible para la dispensación del servicio; el hospital no puede cortar los servicios por falta de pago (principal arma de los efectores privados); los profesionales muchas veces son poco proclives a llenar papelería que no les reporta beneficio adicional; etcétera.

Seguimos insistiendo sin embargo en este camino. No por obcecación, sino porque estamos convencidos que es el único viable en la actualidad, si queremos sentar las bases de un sistema de salud mas justo.

En ese sentido, resultará interesante la lectura de los considerandos de la resolución 213 distada por el Instituto Nacional de Obras Sociales que lleva fecha 20 de marzo pasado, por la cual se crea el Programa Nacional de Emergencia de Asistencia al Hospital Público. Dicen los considerando de esta resolución firmada por el señor Barrionuevo: *“Que se ha producido una efectiva transferencia de población habitualmente financiada por la seguridad social en el sector privado hacia el hospital público y que esto significa una real transferencia del gasto sin la correlativa transferencia de los recursos; Que el efector público por razones históricas, éticas y políticas es un prestador natural del sistema de la seguridad social, siendo de estricta justicia que parte de los recursos del sistema vuelvan al sector público para complementar la capacidad operativa del mismo, con la puja de intereses por la distribución del ingreso, cuya legitimidad puede no discutirse, pero plantea en estas circunstancias resulta inoportuna, permite avizorar a breve plazo un panorama adverso para la atención médico-asistencial de los beneficiarios del sistema de seguridad social por parte del sector privado; que los agentes del seguro con servicios propios, deben colaborar solidariamente con sistema de seguridad social, abriéndole a los beneficiarios de los restantes agentes del seguro para estructurar justamente con los hospitales públicos una red de seguridad sanitaria y asistencial”* y a continuación la resolución prevé la instrumentación de subsidios para transferencia de fondos de la seguridad social a los hospitales. Actualmente la provincia está gestionando los aportes creados mediante esta resolución.

Paralelamente, en reciente visita el Ministro de Salud y Acción Social de la Nación, doctor Bauzá, comprometió un subsidio por 400 millones de Australes para el Hospital Zatti de Viedma que se efectivizó a través del INOS hace aproximadamente veinte días; en igual fecha se recibieron subsidios para los hospitales de Ingeniero Jacobacci y de El Bolsón, también provenientes de INOS-ANSSAL merced a una iniciativa personal ágilmente gestionada por el señor Ovidio Zúñiga. En ambos casos fundamentó el pedido en que ambos hospitales son prácticamente sectores únicos de sus localidades atendiendo a gran número de mutualizados nacionales.

Un punto de marcada gravitancia es el de la crisis que no llevó en reiteradas oportunidades a declarar la emergencia sanitaria provincial a través del decreto número 379 de abril de 1.989, prorrogado luego mediante decretos 1.145 y 1.533 del mismo año, por nuevos períodos de sesenta días, llegando así hasta octubre del año pasado. En febrero de este año se vuelve a declarar el estado de emergencia (decreto número 158/90) hasta abril y en abril se prorroga por el 755/90 hasta la fecha.

Estos instrumentos permitieron destrabar la legislación vigente, de manera que admite la remisión de fondos a las zonas sanitarias para que ellas realicen sus propias compras, desburocratizando el sistema y garantizando el abastecimiento, lo que de otra manera se hacía imposible por la vertiginosa devaluación de la moneda por un lado y por la falta de oferentes en la licitaciones por el otro. La situación imperante llevó a que las acciones y sobre todo los gastos se orientaran directamente hacia el funcionamiento de los hospitales.

Acompañando a los decretos se elaboraron instrucciones tendientes a lograr un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos, cuyos alcances se pueden sintetizar en: La utilización de la estrategia de máxima cobertura de baja complejidad, aprovechando eficientemente el recurso humano y físico; la disminución del gasto de insumos a lo estrictamente indispensable en función asistencial, privilegiando la emergencia sobre lo postergable; reducir el número de los estudios complementarios.

Tratar de contener la máxima patología en cada nivel de atención evitando derivaciones no imprescindibles, actuando con criterio solidario entre los distintos establecimientos. Se priorizaron las áreas de atención del primer nivel, maternidad e infancia, nutrición y salud mental. Se dictaron normas administrativas que permitieron un manejo más ágil de los fondos y se delimitaron los artículos que deberían comprarse para evitar gastos superfluos. Se renormatizaron los procedimientos de enfermería.

Desde los programas y en el caso específico de nutrición, destacamos las siguientes acciones: Se detectaron las dificultades en el cumplimiento de las normas para la rehabilitación de desnutridos en el primer nivel de atención y la falta de capacitación detectada, llevó a organizar talleres en las áreas de mayor riesgo social. Se realiza actualmente seguimiento de los niños desnutridos en domicilio, lo que permitió elaborar propuestas de nutrición desde un trabajo coordinado intra e intersectorialmente para lograr mejores resultados en la rehabilitación y la prevención. Se asesoró para el contenido de las bolsas del programa PEÑI, ya que las dietas estudiadas necesitaban esencialmente aporte calórico y leche, alimentos suministrados por el programa. Se participó en la capacitación de los promotores del Programa PEÑI. Se trabajó en la promoción de la producción de alimentos en huertas, coordinando acciones con el SEPALO, para la capacitación laboral. Se distribuyeron semillas en el área programa de Roca, continuando y extendiendo las huertas ya existentes. Se elaboró un menú económico para los comedores escolares durante la emergencia y un recetario para las familias que fue distribuido a través de los agentes sanitarios y docentes del Alto Valle, zona atlántica y andina. Desde salud mental se priorizó la atención de la crisis y la reinserción del individuo en su medio habitual. Esto se concretó en casi todos los hospitales. Cabe destacar que en muchos casos se pudo observar un notable incremento de la demanda motivado por la crisis socio-económica. Se cubrieron las guardias pasivas con psicólogos y/o psiquiatras en los 12 hospitales de la provincia que tienen servicio de salud mental. Se realizó una reunión de trabajo provincial para coordinadores de grupos de alcoholismo. Se elaboró y presentó el anteproyecto de la ley *“Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”*.

En lo concerniente a Maternidad e Infancia se creó el Programa de Rehabilitación Nutricional Materno Infantil PEÑI, con objetivos claramente definidos que apuntan no sólo a rehabilitar al sector de la población que no puede esperar, es decir los niños menores de 6 años y embarazadas desnutridas, sino también apunta a atacar de una manera eficiente y definitiva a los factores estructurales que determinaron la desnutrición. Esta afirmación adquiere real significado cuando comprendemos que a los cinco años de edad un niño completó la mayor parte de su desarrollo físico y cerebral. Es decir que ya no tendrá una segunda oportunidad. Consideramos que debe partir de un conjunto articulado de acciones ya que la experiencia demuestra que lo coyuntural que se queda exclusivamente en el corto plazo no alcanza ni siquiera a ser una solución paliativa. Por ello la entrega de dietas complementarias es un elemento de un conjunto que nos permite alentar a las mamás a acercarse al hospital o centro periférico más próximo a controlarse o controlar periódicamente a sus hijos.

Esto produjo en los primeros cuatro meses de programa un gran incremento de los niños y embarazadas bajo control a fin de permitir la captación y el diagnóstico de la desnutrición, si esta se hubiese producido. Así desde el gobierno de la provincia no existía el temor al incremento de casos, sino la convicción de que era necesario detectarlos a fin de utilizar todos los mecanismos a nuestro alcance para solucionar junto a la comunidad este grave problema. No creemos que constituya una vergüenza reconocerlos, sino por el contrario, lo sería ocultarlos. Fingir que no existen es ir contra uno de los principales derechos del hombre como es el derecho a la vida, asumiendo la indelegable responsabilidad del Estado hacia los sectores más desprotegidos de la población.

Este programa tiene metas directas e indirectas. Entre las directas encontramos: Lograr la rehabilitación nutricional de los niños menores de seis años y las embarazadas que presenten síntomas de desnutrición. Mediante las indirectas pretendemos disminuir la mortalidad infantil, disminuir la morbilidad infantil, disminuir los nacimientos de niños de bajo peso, incrementar los controles de embarazo, prevenir los partos prematuros, incrementar la vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niñez de 0 a 6 años de edad.

Queremos hacer resaltar que un niño bien nutrido no sólo tendrá garantizado su sistema de defensa de las principales enfermedades, sino que también podrá insertarse sin inconvenientes en el sistema educativo lo cual le dará las bases para la capacitación necesaria que le permitirá incorporarse creativamente a la sociedad. De esta manera se da un paso más en el difícil camino de brindar a cada uno el derecho a la igualdad de oportunidades.

Si bien podemos aportar algunos logros en la breve marcha de este programa, lo que más nos ha impactado es que a lo largo de la provincia hemos encontrado que este problema resultó sumamente movilizador en los niveles más concretos de ejecución de tareas, llevando no sólo a tomar con seriedad las primeras acciones posibles sino a reflexionar sobre la ineludible necesidad de trabajar intersectorialmente, objetivo que el nivel central intentó internalizar más allá de los datos estadísticos sobre los logros del programa.

Numerosas son las experiencias recogidas hasta el momento y también las dificultades, es indudable que el trabajo intersectorial tiene sus aristas, la predisposición de los trabajadores sociales y las autoridades locales para concertar estrategias de acción y elaborar programaciones locales, fue diferente. No obstante el camino recorrido tiene sus logros que varían desde zonas donde ya se están implementando proyectos comunitarios concretos – comedores, guarderías, cursos de SEPALO, huertas comunitarias y escolares- a zonas donde todavía se esta trabajando sobre la integración local. En ambos casos la experiencia es positiva ya que debemos reconocer que los tiempos de maduración de los grupos, para desarrollar este tipo de tareas, son distintos. Los datos estadísticos que podemos aportar hasta el momento, ya que estos están en un continuo proceso de sistematización, son los siguientes: En Allen existe un 16 por ciento de rehabilitados nutricionalmente; Ñorquinco un 40 por ciento; Lamarque 48 por ciento; Fernández Oro 3 por ciento; Comallo 10,9 por ciento; Río Colorado 52 por ciento; Ingeniero Jacobacci 26,6 por ciento; Choele Choel 20 por ciento; El Bolsón 33 por ciento; Cipolletti 30 por ciento; San Antonio Oeste 5 por ciento; Villa Regina 40,3 por ciento; Cinco Saltos 40 por ciento; Valcheta 29 por ciento; General Roca 20 por ciento; Conesa 50 por ciento; Sierra Grande 34,5 por ciento y Catriel 20 por ciento.

Si bien la captación y rehabilitación de pacientes se está cumpliendo, sabemos que es fundamental la tarea de promoción comunitaria pues es la única manera de consolidar las respuestas realmente transformadoras, o sea las del mediano y largo plazo. Creemos que en este punto se encuentra el real desafío para la sociedad, o sea, en qué medida podemos modificar esas realidades que pusieron a un sector de la población de nuestra provincia en los niveles más críticos de subsistencia. Consideramos que este último aspecto excede los límites del Ministerio de Asuntos Sociales y que necesita para su resolución recorrer un largo camino; al menos desde nuestro sector hemos hecho y seguiremos haciendo los aportes para reducir en lo posible esta grave problemática. En este contexto vale resaltar que la provincia de Río Negro es la primera en el país que cuenta con un programa que abarca a la totalidad de la población de riesgo, abriendo de esta manera un camino más en el largo proceso de mejorar la calidad de vida de su población. Debemos señalar también que el gobierno nacional ha apoyado y reconocido los esfuerzos que como pioneros decidimos emprender.

Los argentinos tenemos en nuestra historia más o menos reciente, alguna prueba muy amarga del omnímodo poder de las multinacionales que manejan la industria de los medicamentos. Todos sabemos el papel que jugaron esos intereses en el derrocamiento del gobierno democrático de Arturo Illia en 1.966, cuando las leyes de medicamentos, impulsadas por Arturo Oñativia, amenazaban con tocar sus jugosas ganancias, sentando las bases para una auténtica política nacional de medicamentos.

Pues bien, la crisis hiperinflacionaria que se abatió sobre el país en 1.989, no perjudicó a todos por igual, los dueños de los grandes laboratorios encontraron una manera de salir ilesos mediante el sencillo trámite de hacer desaparecer sus productos del mercado en diecinueve oportunidades, en algunos casos durante varias semanas, hasta lograr que la Secretaría de Comercio Interior autorizara los aumentos que ellos solicitaban.

Por supuesto, el argumento que exhibieron en cada caso fue la escalada sufrida por el valor del dólar, pero un análisis de las cifras revela que la defensa que la industria farmacéutica ha hecho de su rentabilidad está más allá de cualquier consideración social o meramente ética. Del 3 de marzo del 29 de diciembre de 1.989 el valor del dólar se incrementó en un 6.460 por ciento, en el mismo período todos los medicamentos aumentaron muy por encima de ese porcentaje, algunos alcanzaron incrementos del 36.000 por ciento. Durante el presente año el fenómeno continúa en el mismo sentido y de más está decir que la disminución del valor del dólar producida durante el mes de abril no se acompañó de una disminución del precio de los medicamentos sino que por el contrario, los mismos aumentaron.

Una muestra del poder de presión ejercido por la industria farmacéutica es que, a pesar de lo antedicho, jamás se aplicó la ley de abastecimiento en estos casos. Cabe destacar que en junio del año pasado nuestra provincia, en conjunto con la vecina provincia del Neuquen, solicitó a las autoridades nacionales la aplicación de la citada ley, sin respuesta alguna. Sin embargo posteriormente esa ley fue aplicada ante el desabastecimiento de un producto tan prescindible como los cigarrillos.

Fueron los impresionantes aumentos y el desabastecimiento en los rubros de medicamentos y materiales de curación los que desencadenaron la emergencia en salud en 1.989 y sus efectos aún no han sido superados porque su acción devastadora se hizo sentir al mismo tiempo en el sector público y en la seguridad social. Pero es claro que esta crisis no es más que la punta del iceberg. Es ilusorio pensar que se ha de lograr un sistema de salud más racional mientras la política de medicamentos sea manejada por los que los fabrican y no por el Estado, que es el que está obligado a dictar las reglas que definen claramente que el medicamento es un bien social y no una mera mercancía, tal como lo establece la Constitución de nuestra provincia. Pero más allá de lo que la provincia puede y debe hacer para intentar influir en las políticas nacionales que son el centro del problema, bueno es que veamos que es lo que en Río Negro se ha hecho y se hace en esta materia: Estudio, elaboración e implementación del vademécum provincial de monodrogas, según decreto número 2.388 del '84, publicado en el Boletín Oficial del 4 de febrero de 1.985. Cabe acotar que junto con Salta hemos sido las primeras provincias en elaborar vademécum de monodrogas.

A partir de 1.986 se comenzó con un trabajo de transformación del servicio de farmacia de los establecimientos asistenciales públicos cambiando el perfil del mismo hacia el nuevo concepto de farmacia hospitalaria. Esta experiencia motivó un trabajo por parte de la doctora Ana María Menéndez en la revista *Pharmaklinik* en el año 1.988. Desde 1.988 comienza a implementarse la desconcentración administrativa y técnica de la compra y distribución de medicamentos y material de curación por las zonas sanitarias con la creación del comité provincial de farmacia, con carácter de asesor. En 1.990 se reelaboraron las planillas de registro mensual de medicamentos agrupando las drogas por su acción terapéutica, codificándose según el formulario terapéutico nacional y por niveles de complejidad, a fin de orientar en la priorización de la compra. Por último queremos destacar la incipiente experiencia del PROZOME, productora zonal de medicamentos, que funciona en el Hospital de Viedma desde diciembre de 1.988 con alcance para la zona III. La misma produce comprimidos, cápsulas, cremas y lociones, a partir de drogas adquiridas en bruto, lográndose un ahorro con respecto al precio de venta al público del 70 por ciento. Como ejemplo de su producción de enero a mayo del corriente año, podemos decir que en antiinflamatorios, droga piroxicam de 20 miligramos se han producido 40 mil comprimidos; antidiarreicos, loperamida, 2 miligramos 10 mil cápsulas; sales de rehidratación oral, 1.000 sobres; fumarato ferroso, 7.100 cápsulas; antibióticos como ampicilina y amoxicilina, 16 mil cápsulas. En cremas: Pasta lasser, 13 mil gramos el equivalente a 4.300 potes de 30 gramos; hidrocortisona al 1 por ciento en crema son 13.450 gramos que equivalen a 4.400 potes de 30 gramos y gentamicina crema al 0,1 por ciento equivalente a 4.600 potes de 30 gramos.

Luciones: Benzoato de bencilo con benzocaína, piojicidas, 400 litros equivalentes a 4 mil tratamientos; alcohol boricado a saturación el equivalente a 700 tratamientos.

El nuevo sistema de producción se encuentra en implementación en la IV zona sanitaria en Bariloche, a la que se ha provisto de fondos para la adquisición de una comprimidora.

Llegado a este punto, creo que es bueno mostrar cuál ha sido la evolución del gasto en salud en el presupuesto de la provincia y cómo han incidido los aportes realizados por la nación en la financiación de dichos gastos.

De este gráfico: 1- Ejecución Presupuestaria 1.984/1.989, se deriva claramente que la salud de Río Negro de Río Negro –estamos hablando de valores constantes- depende íntegramente de los fondos que provee la provincia ya que el aporte de fondos nacionales es desechable, nunca habiendo superado el 6 ó 7 por ciento en el 86/87.

Esto se grafica aún más si podemos ver un gráfico de torta donde se ve que prácticamente el 85,88 por ciento es aportado por Rentas Generales de la provincia; por ley 48: 1,14 y por aportes de Nación: 2,8.

En el siguiente gráfico 2 vamos a ver los porcentajes de gastos en Bienes y Servicios sobre Rentas Generales de la provincia incluyendo los gastos en personal. En 1.989 se registra la mayor participación de gastos en salud en el presupuesto provincial ya que se le asignó un 18,43 por ciento. Se pueden ver las distintas asignaciones presupuestarias siempre sobre Rentas Generales.

El siguiente, el 3, es un gráfico de Gastos en Bienes y Servicios sobre el Poder Ejecutivo que no incluye gastos en personal, esta participación la consideramos sobre el presupuesto del Poder Ejecutivo en su funcionamiento, salud insumió el 43 por ciento en 1.989, la participación más alta desde 1984.

La crisis y descontrol del valor de los insumos obligó a la Subsecretaría de Hacienda a un esfuerzo sostenido para paliar esto. Así vemos que el 4, en las partidas de Rentas Generales para funcionamiento, en salud, en pocos meses las partidas giradas para funcionamiento aumentan acentuadamente. En noviembre con 300 millones, creíamos posible el recupero de stock a nivel de los hospitales, en enero fueron 370, en marzo 1.000 millones de australes y en mayo, 2.400 millones de australes, sin por ello considerar más que hemos alcanzado una provisión de fondos para un funcionamiento adecuado, no decimos óptimo.

Queremos mostrar como se distribuye ese gasto mensual de funcionamiento en nuestros hospitales. En el gráfico 5 se ve claramente que el mayor sector corresponde a insumos, medicamentos, descartables, reactivos de laboratorios, con un 34,3 por ciento del gasto. La compra de oxígeno, combustibles y alimentos, concentra un 27,2 por ciento del mismo. El resto se distribuye entre la provisión de leche para el programa materno infantil, con un 12 por ciento, sueros y placas; 10,2 por ciento, librería y limpieza: 3,2 por ciento y alimentos no perecederos: 3,6 por ciento. El 9,3 por ciento restante comprende gastos varios: Servicios, reintegro de fondos permanentes, prestaciones sanatoriales, hemodiálisis, que ya supera los 140 millones mensuales.

Actualmente entre los programas priorizados por el señor gobernador en el discurso de inauguración de las sesiones ordinarias del presente año y ante esta Legislatura mencionó al de salud, agregando que “se le otorgarán los recursos que fueran menester”.

Manifestó luego su compromiso con *“la jerarquización del hospital y del sistema de la salud pública, como forma de asegurar la cobertura de toda la población a través de un servicio al que le reconocemos insuficiencias, imperfecciones y carencias, pero que cuenta con el material máspreciado, el recurso humano”* y consecuentemente con este mensaje ya se envió a esta Legislatura el presupuesto para el año 1.990, que contempla para salud, en forma adicional, para cobertura de programas prioritarios: 450 millones de australes para equipamiento completo de 15 consultorios periféricos; 1.380 millones de australes para la adquisición de 10 ambulancias nuevas y la reparación de 6 nuevas que se encuentran en los talleres de la gobernación – cabe acotar que una de ellas ya fue entregada la semana pasada en El Bolsón-; 30 millones de australes para la adquisición de 5 radios móviles y la instalación de 40 radios fijas; 1.000 millones de australes destinados a medicamentos para primer nivel de atención; 300 millones de australes para gastos de papelería; supervisión y capacitación del Programa de Maternidad e Infancia; 4.330 millones de australes para la compra de leche; 7.500 millones de australes para licitación de tecnología hospitalaria (equipos de rayos, ecógrafos, etcétera); 1.000 millones de australes para la adquisición de tecnología liviana (electrocardiógrafos, incubadoras, etcétera). A esto se suman 22.000 millones para funcionamiento y además los gastos en personal.

En síntesis, señor presidente, lo expuesto demuestra virtudes y defectos de un sistema agotado hace ya tiempo y que la crisis no hizo más que desnudar. Lejos de limitarse a nuestra provincia, el problema es nacional y sus interrogantes son de similares características en muchos otros lugares del planeta. No podemos ser tantos los que nos equivocamos. Se impone la búsqueda de nuevos modelos que contemplen la humanización tan buscada en la atención, pero que no ignoren lo limitado de los recursos, los costos crecientes de insumos y tecnología, la necesidad imperiosa de ordenar el sistema y de hacerlo más equitativo e igualitario; sustituir una cultura de la enfermedad por la cultura de la salud, procurando desmedicalizar y desmedicamentizar a la sociedad. En esa búsqueda estamos comprometidos. Habrá que actuar sin preconceptos, soportando tanto los propios errores como las críticas de los sectores que quieren que nada cambie. Desde este espacio que el saludable ejercicio de la democracia me ha cedido, hago una invitación a ustedes y por su intermedio a quienes representan, todo el pueblo rionegrino, a encontrar nuevos caminos, utilizando la imaginación; despolitizando en el sentido mezquino, meramente electoralista, porque toda vez que se ha hecho de la salud y del hospital público un cambio de batalla en la lucha por el poder, los resultados fueron nefastos, pero también politizando –en el buen sentido del término- la cuestión, porque el problema de la salud es antes que nada un problema político y sólo secundariamente lo es técnico.

Dejemos el control de la enfermedad en manos de los técnicos y los profesionales, pero la salud –parafraseando a Clemenceau- es algo demasiado serio para estar sólo en sus manos, o en manos de cualquiera en particular porque es un problema que a todos nos compete. Y como alguien ha dicho sabiamente *“no habrá salud para todos hasta que la salud no sea cosa de todos”*. Nada más, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Señor presidente: En virtud de las facultades constitucionales, en el día de hoy tenemos en este recinto al señor ministro de Asuntos Sociales y a la señora presidente del Consejo Provincial de Salud Pública que son los máximos responsables de la planificación, de la programación, de la realización que se viene cumpliendo en el Área de Salud en el territorio de la provincia. La comunidad de nuestra provincia, el pueblo de la provincia de Río Negro, mediante este recurso legislativo de la interpelación, tiene la posibilidad de ver atendidas sus dudas, sus preocupaciones, sus reclamos en un clima democrático, de convivencia que supera las circunstancias y la crisis de esta emergencia social que estamos viviendo.

Quiero que quede claro que es el ánimo de este legislador, como creo que es el de los legisladores que nos han acompañado en la firma de este pedido de presencia del ministro, que no está en nosotros la subalterna intención de una confrontación partidaria, no es éste un debate para la obtención de réditos políticos. El tema que nos convoca es demasiado importante y prioritario y hace a la ineludible responsabilidad de todos.

La salud y la educación constituyen esencialmente derechos indiscutidos para todos los habitantes que representan aplicaciones irrenunciables de la provincia.

Llegamos a esta interpelación como consecuencia de las repetidas disconformidades del pueblo de la Provincia de Río Negro, de los testimonios y hasta dramáticos planteos de los agentes protagonistas de la prestación de salud y cuando hablo de agentes protagonistas de la prestación de la salud, señor presidente, no me refiero como es ha dicho por allí, únicamente a quienes están encuadrados en una ley, me refiero a todos los agentes prestadores de la salud de la provincia, porque cuando como legisladores recorriamos los hospitales de la provincia, las quejas, que quede claro, no llegaban nada más que de los profesiones, sino también de las enfermeras, de los agentes de maestranza de los hospitales no se le quiera dar a este reclamo un tinte puro y exclusivamente profesional por el problema salarial que este sector, encuadrado en una ley tiene con la provincia, porque no es así. Estos agentes prestadores de la salud son quienes con auténtica vocación y dedicación desarrollan la humanitaria tarea, en un ambiente precario y crítico, sin los estímulos y medios imprescindibles y básicos para un servicio de salud decoroso.

Nuestra Constitución expresa en el artículo 59 que la salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Sinceramente considero, señor presidente, que los encargados del área, tanto el Ministro de Asuntos Sociales como la presidente del Consejo Provincial de Salud Pública, como autoridades de aplicación, no están dando fiel cumplimiento y trabajando en el sentido de aplicar acciones suficientes y corrientes con todo el contenido constitucional del artículo 59 que es conocido por los legisladores. Esta provincia de Río Negro en sus 35 años de existencia, realmente sólo ha tenido una única experiencia seria y transformadora como lo fue el plan de salud del año 1.973 y que tuvo vigencia hasta el 24 de marzo, hasta que llegó el gobierno militar a esta provincia, alcanzando los más altos niveles de calidad en la prestación de servicios que el pueblo de la provincia ha conocido hasta la fecha, lo que vino después fue el desmantelamiento, el deterioro sistemático que fue alimentado con la indiferencia, con la insensibilidad que agravó sin duda la situación hospitalaria. Y lamentablemente, señor presidente, poco o nada se hizo para revertir esta situación a partir del 10 de diciembre de 1.983.

Respecto de la administración radical durante el gobierno constitucional que se inició en la fecha mencionaba y en relación a la salud pública. El gobernador Horacio Massaccesi en su primer mensaje a la Legislatura el 1º de mayo de 1.988 expresaba: *"Sabemos que no hemos podido avanzar lo suficiente en el sector de salud, sabemos que la estructura de servicios es inadecuada y se caracteriza por una base estrecha conformada por 9 hospitales de nivel 3, 12 de nivel 4 y 4 de nivel 6. Estos últimos con los más graves problemas de infraestructura y equipamiento"*.

En otra parte decía: *“El sistema de derivaciones es con frecuencia producto de resoluciones circunstanciales, patologías de variada complejidad tiene en su nivel de referencia fuera del sector de la provincia, generando desprotección en el usuario y un gasto que alcanza a niveles alarmantes”*. Y continuaba el gobernador de la provincia:

“La infraestructura edilicia se encuentra en un nivel crítico, con la mayoría de los establecimientos en un estado que oscila entre el de grave deficiente y la obsolescencia. Es deficitario también –decía el gobernador- el parque automotor y el equipamiento de diagnóstico y tratamiento. En salud mental se observa un retroceso que en algunos programas llega casi a la paralización” – y finaliza diciendo- “Todo lo expuesto caracteriza una situación que es de gravedad y potencialmente explosiva en el presente”. Mensaje del 1º de mayo de 1.887, llevábamos cuatro años de gobierno democrático. Hoy, dos años después, podrían repetirse una a una las palabras pronunciadas entonces para describir el cuadro de situación que impera en la actual realidad del sistema de salud.

A mediados del '88 el titular del Poder Ejecutivo hizo el anuncio de lo que calificó como el lanzamiento de nuestro Plan de Salud y la autoridad del área, en esa misma ocasión, se comprometió a la humanización de la atención como objetivo básico y reconocía la necesidad de obtener una creciente satisfacción para los trabajadores de la salud, dando respuesta diaria a las múltiples frustraciones que sobrellevan, revirtiendo –decía- la desazón y el desaliento del personal de salud, recuperando la mística institucional del hospital público y hoy, 27 de junio de 1.990, los trabajadores de la salud tienen la respuesta en una amarga y triste realidad de postergaciones y degradaciones salariales. Se prometieron acciones de salud dirigidas al medio en que viven y trabajan las personas, significando que serían puntuales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los rionegrinos tales como el saneamiento ambiental, la protección de calidad de los alimentos y el control de la zoonosis. Se aseguró que en la provincia...

SR. PRESIDENTE (Verani) - Si los señores legisladores van a seguir discutiendo sin escuchar atentamente a quien expone, me avisan, yo me retiro y continúan ustedes, entonces háganme el favor, yo voy a dirigir el debate.

SR FRANCO - Gracias, señor presidente. Se aseguró que en la provincia se ejecutaban programas para el control de la zoonosis y vectores con referencia a hidatidosis, chagas y triquinosis y que se efectuaba un control de inspección de comercios y establecimientos elaboradores de productos alimenticios. Se prometió mejorar la red de atención primaria equipando, refaccionando y construyendo centro periféricos. Se prometió proveer el 50 por ciento de las necesidades de vehículos nuevos, avanzar en el equipamiento adecuado de los centros de neonatología existentes en los hospitales de complejidad 6. Desarrollar una política de protección y uso con racionalidad ecológica de los recursos naturales. Los habitantes y usuarios de los distintos centros hospitalarios de la provincia y los que en estos últimos días hemos recorrido la totalidad de los espacios físicos, comprobamos la obsolescencia, la exigüidad y las carencias en los hospitales provinciales, todas estas promesas y anuncios efectuados en el marco del denominado por el Poder Ejecutivo, Plan de Salud, no han pasado de ser intenciones y propuestas declamatorias, esto no se compadece evidentemente con los hechos y la realidad de oferta de salud que recibe la comunidad en esta provincia.

Los servicios y el modelo prestador no pasan de acciones aisladas y de la buena voluntad, capacidad e imaginación del trabajador. El soñar y hacer en salud no ha sido en definitiva soñar y hacer la vida, mas bien consideramos y pedimos la presencia del señor ministro a esta Cámara porque se ha convertido en los últimos tiempos en una verdadera pesadilla para los rionegrinos. Ha llegado el momento de analizar objetivamente la cuestión de salud y que reflexionemos seriamente sobre el quehacer en este complejo problema de la salud, definiendo políticas con claridad meridiana para alcanzar las formas y los usos que le garanticen al hombre, a la mujer, a la familia rionegrina metas satisfactoria en el tema de salud, y el problema de salud, recién lo dijo el señor ministro, es responsabilidad de todos. Y con ese criterio, más allá de las fronteras, de las doctrinas y filosofías partidarias, es que hemos llamado al recinto al señor Ministro y a la señora presidente del Consejo para conocer en su verdadera dimensión las explicaciones de las distintas medidas que se vienen adoptando. Y no es novedad, señor presidente, que tengamos que volver sobre el tema de la salud de la población de Río Negro y en especial el sector público de la misma. Y esto será así hasta tanto se conozcan algunos resultados positivos de la gestión provincial, pero esos resultados no se conocen y debemos seguir reclamando como predicadores en el desierto. Parece increíble tener que apelar en estos términos a la sensibilidad del gobierno.

Es distinta la discusión que se plantea sobre la convivencia o no de realizar determinada inversión, evaluando criterios técnicos, económicos o de oportunidad, pero se encuentran fuera de tales criterios lo que tiene que ver con el hombre concreto rionegrino, con la familia rionegrina, con su estado de indefensión en materia que hace a su vida. Conocer el problema y no intentar una solución es irresponsabilidad dolosa. No conocer el problema por el aislamiento en que se mueve la autoridad provincia es ignorancia irresponsable e incumplimiento de los deberes del funcionario. No es exagerado lo que se puede decir en esta materia. Nuestra tarea legislativa y el mínimo de sensibilidad nos ha llevado a seguir con atención este tema. La sensibilidad que se acrecienta porque fuimos parte activa de un plan de salud justicialista que aún no ha sido superado, ni siquiera emulado, a pesar de que en un gasto de generosidad política pusimos en manos del actual gobierno provincial la totalidad de los antecedentes que disponíamos sobre aquel plan de salud. Hemos recorrido las localidades rionegrinas, nos interesamos sobre la cuestión hospitalaria, no desde la visión de la autoridad sanitaria, sino desde el punto de vista del poblador que siente la necesidad directa de asistir al hospital público en forma permanente, y sabemos de la importancia de ese hospital público en las localidades en que la inversión privada en materia de salud no existe y son muchas en las provincias de Río Negro.

El diagnóstico es conmovedor: Falta de elementos mínimos para la atención, carencia de medicamentos primarios, equipamiento obsoleto, deficiente estado de conservación, falta de movilidad mínima; no hay ambulancias. Cuando hay ambulancias, falta la plata para el combustible, y cuando está la ambulancia y la plata para el combustible, la ambulancia no tiene gomas o cosas parecidas. El personal técnico y médico está desalentado, frustrado y en consecuencia no tiene la tranquilidad emocional mínima que requiere el cumplimiento de su función. En definitiva, recursos técnicos deficientes, recursos financieros que son escasos o nulos para la atención primaria, recursos de infraestructura edilicia absolutamente ineficientes e inadecuados, el recurso humano sin aliento, mal remunerado y en progresiva pérdida de su capacitación

Esas deficiencias se atemperan sólo por el esfuerzo personal, por la vocación, por la dedicación de ese personal anónimo de Salud Pública rionegrino, de todos los integrantes del plantel de la Salud Pública Rionegrina que hoy discute mejoras salariales sin respuesta. Este panorama hace que la provincia de Río Negro está perdiendo sus recursos humanos en el sistema de salud. Las malas condiciones de trabajo, las magras remuneraciones, las desigualdades salariales que se registran en el sector y las considerables diferencias de ingresos que se obtienen en las provincias limítrofes, obran a favor de la expulsión de los mejores hombres que tiene el sistema público de salud.

Este resumen del diagnóstico realizado a partir de la visita a los establecimientos hospitalarios y del contacto directo, podríamos resumirlo en lo siguiente, a pesar de la opinión escuchada del señor ministro en su exposición anterior: 1º) Un pésimo estado de los edificios hospitales por falta de atención y mantenimiento. 2º) Aparatos de diagnóstico y tratamiento con su vida útil terminada. 3º) Carencia de los elementos más indispensables que la medicina moderna pone al alcance para una atención más eficiente. 4º) Bajo rendimiento y altos costos de funcionamiento de los servicios hospitalarios pese a las limitaciones del presupuesto. 5º) Insuficiencia de acciones preventivas y altas tasas de enfermedad transmisible. 6º) Un alto porcentaje que ronda el 40 por ciento de los hogares de Río Negro en necesidades básicas insatisfechas, 35 por ciento de los niños menores de 14 años presentando alguna forma de desnutrición, frustración y desaliento en los trabajadores de la salud ante la apolítica de desmantelamiento de los hospitales.

Lo anterior es grave; evidentemente y pese a la información oficial y a las estadísticas que como las que vimos recién se pueden presentar en esta materia, pero esto es más grave aún porque esa síntesis de varios puntos que acabo de leer, señor presidente, es la síntesis que presentaba en el año 1984 el gobierno radical del doctor Osvaldo Álvarez Guerrero a través del entonces ministro, hoy legislador, Remigio Romera, en su documento titulado Plan de Salud del Gobierno Constitucional. Podrá registrarse una diferencia de grado, podrá atenuarse quizás la contundencia de algunos de los indicadores, tal vez podrá mostrarse algún indicador con alguna leve mejoría en su evolución en el tiempo, pero la condición estructural del sistema parece invariable.

Debemos ser claros aunque resulta dura la realidad para la administración provincial porque sólo la claridad que arroja la realidad de los hechos hará que efectivamente se puedan sentar las bases de un cambio para el sector de la salud rionegrina.

Si ocultamos la información, si disfrazamos la realidad angustiante para muchas áreas del sistema, seguramente la realidad no va a ser buena consejera para ningún político y menos aún cuando se acrecientan los sueños sobre la realidad. Trajimos a colación el diagnóstico que ofrecía el gobierno de la provincia radical en el año 1984 porque no queremos de ninguna manera hacer responsable totalmente de la actual situación al actual Ministro del área y el responsable del Consejo de Salud Pública;

Sería mucha responsabilidad sin duda para estos dos funcionarios que hoy nos visitan, ellos sólo son variables actuales de un modelo que no ha logrado funcionar en la provincia y que en el área de salud presenta sus lados más débiles y donde, por estar en juego la salud de los hombres de esta provincia su responsabilidad es mayor. Pero el fracaso de las políticas del actual gobierno es la continuidad de aquel que se originó en el '83, es el mismo espíritu de impotencia para afrontar y superar una situación que vislumbra, que la ve, pero que no logra aprehender y menos ejecutar una acción reparadora. Sólo algunos indicadores sirven para demostrar lo que afirmamos, indicadores que son relativos, que no son absolutos como acostumbra hacer la estadística oficial, relativos a qué, relativos obviamente a la población, porque a qué otra cosa vamos a hacer relación cuando estamos hablando de indicadores de la salud y aunque se interprete algún sesgo en el análisis, vale alguna comparación con aquel plan del '73.

Por ejemplo, vamos a hablar de los kilogramos de leche que se entregan por habitante. En el año 1975 en la provincia de Río Negro se entregaban 0,810 kilogramos de leche por habitante; en el año 1983, 0,800 kilogramos; en el año 1987, 0,800 kilogramos y en el año 1989, 0,320 kilogramos y los números son claros. Y se toma valores de las estadísticas oficiales; nosotros no venimos acá a fabricar ningún número, son datos del servicio de estadística de la Provincia de Río Negro. En el año 1983, por ejemplo, se entregaban 4 kilogramos de leche por mes a los niños de hasta 2 años y 2 kilogramos por mes a los niños de hasta 4 años; en el año 1985 se entregaron 2 kilogramos para los niños de hasta 2 años y se suspendió el servicio a los niños de hasta 4 años y en el año 1990 se entregan 2 kilogramos por mes a los niños de hasta 1 año y un kilogramo por mes para los niños de hasta 2 años.

Recién escuchaba a la doctora Cabrera hablar de la entrega de la leche, del Plan PEÑI, del Plan Materno Infantil, de la ración de leche y sin duda –como lo marcaba recién en la estadística- esa ración de leche es insuficiente, inadecuada, está fuera de la realidad, pero se suma a esto el mal funcionamiento del Plan PEÑI. Esto que voy a decir no es algo caprichoso, me tomé el trabajo de ir en el día de hoy hasta los barrios Mi Bandera y Lavalle de la ciudad de Viedma, creo que todos conocemos, es uno de los barrios más carenciados de esta ciudad. En este barrio se hace control de desnutridos la primera semana de cada mes para recibir la bolsa con alimentos, hoy estamos transitando la última semana del mes y todavía no se recibió absolutamente nada. No reciben la leche los desnutridos, ni por el Plan PEÑI ni por la ración de leche que le corresponde normalmente.

Hay numerosas familias cuyo número de hijos es superior a cuatro y sólo uno de los cuatro recibe 2 kilogramos de leche, cuando llega lógicamente; este mes no llegó.

Ya que los demás están fuera de la norma y son tan riesgosos por su edad y situación que entran en seguida dentro de la lista de desnutridos. Y voy a dar un ejemplo; hay una familia en el barrio de apellido Beltrán, tiene cinco hijos, uno de dos meses, uno de dos años, uno de tres, uno de cinco y uno de seis y sólo percibiría leche, si llegara, el de dos meses. Este ejemplo sirve para mostrar que el único que recibe leche es el bebé, los niños de dos y tres años también utilizan de leche que recibe el bebé, porque también toman leche, señores. Así existen mucho ejemplos con familias numerosas que están en la misma situación; esto pone en claro lo insuficiente, lo inadecuado de la ración de leche, agravado por el mal funcionamiento del Plan PEÑI.

En los barrios Lavalle y Mi Bandera la mayoría de las familias necesitan el apoyo asistencial y alimentario y no se está dando en la más mínima acción como es esta que estamos marcando. ¿Cuál es la situación hospitalaria? Cabe que hablemos de ella antes de ingresar a las preguntas, porque estamos explicando por qué hemos resuelto, los legisladores, convocar al señor ministro a esta sala.

Cuando se hace un diagnóstico de una realidad social, económica o de cualquier otro orden, existen dos caminos de trabajos bien diferenciados, uno es propio de los administradores, de los funcionarios, de los tecnócratas o de los burócratas rutinarios que creen conocer la realidad a través de información que proviene de fuentes secundarias, indicadores en los que no siempre se conoce cuál fue la metodología del cálculo o de la estadística, quién la confeccionó, personal especializado o no, como es el caso de los especializados, de los departamentos de estadística del Consejo Provincial de Educación y el de los no especializados, el caso de muchos de los hospitales de la provincia; con muy buena voluntad de trabajo pero sin medios mínimos de trabajo. Y también voy a dar un ejemplo, el caso del Hospital de Viedma, donde la encargada del sector de estadística no disponía hasta hace 15 días atrás de una mínima calculadora de bolsillo para hacer el trabajo. Pero el anuncio de esta interpelación sirvió de algo porque ya le proveyeron una. A partir de esa realidad que es la que ha manejado la autoridad ministerial y el consejo, también se puede construir un modelo irreal, no representativo, un modelo ideal la mayoría de las veces y lo que es peor, un modelo armado para defender una posición que es lo mismo que presentar una posición desde la voluntad del querer y no de la realidad que hoy vive el hombre y la familia rionegrina diariamente, es una falaz metodología de trabajo, impropia de políticos sinceros y en definitiva pesada hipoteca moral para cualquier funcionario que llega a una posición de administrador de una porción del poder de la provincia. El otro caminos, el otro método de trabajo es aquel que las nuevas técnicas de trabajo social denominan participativas y que recurren ineludiblemente al contacto directo con los actores del proceso social que se analiza, la investigación participativa convertida en método insuperable para aprender una realidad, rescata el protagonismo de los actores directos del proceso o del sistema que se investiga.

Este camino del contacto directo con las restricciones propias del tiempo, del recurso, de las personas, es el que seguimos nosotros para confeccionar nuestro diagnóstico de la situación hospitalaria en la provincia, con la inestimable colaboración de profesionales, de técnicos, de administrativos, de personal de servicio y mantenimiento, de los hospitales rionegrinos que nos acercaron sus informes, sus comentarios,

nos transmitieron su vocación de trabajo y su voluntad de sumarse a un proceso de reconversión y mejoramiento del sistema de salud donde trabajan, y a través de la frustración que diariamente les gana, nos transmitieron también su espíritu de creer que Río Negro no merece las crisis que vive la salud pública; y en esas recorridas, en esos hospitales, no solamente hablamos con los técnicos, con los profesionales, hablamos con los rionegrinos, con la gente que va a atenderse a los hospitales, con los que hacen cola a partir de las 5 de la mañana, con los que nos exigían respuestas porque éramos políticos, porque éramos legisladores, esa es la estadística que hay que realizar, no venir a volcar lindos cuadros que la ayuda de la cibernética nos ha puesto hoy a la vista porque muchas veces, señor presidente, no reflejan la realidad, la realidad constante y sonante, la de la mujer rionegrina que hace cola a las 5 de la mañana y no consigue vacunar a su hijo, la que va a al hospital a internarse y tiene que llevarse los elementos de la cama, de eso tenemos que hablar, nosotros no venimos acá a atribuir culpas, queremos venir a construir soluciones en forma conjunta, porque también somos gobierno en la Provincia de Río Negro; con ese método hemos trabajado en la confección del diagnóstico provincial de la situación hospitalaria, sistematizamos luego esa información y la volcamos, por ejemplo, en una planilla a la que le voy a dar lectura, esa es la ventaja que tiene esta planilla, vamos a leer sobre cualquier hospital de la provincia, sobre los más importantes, vamos a tocar los distintos temas, pediatría, terapia intensiva, clínica quirúrgica, tocoginecología, atención primaria, planta edilicia, odontología, laboratorio, enfermería, radiología, administración, servicios generales, clínica médica, recursos humanos, parque automotor, servicio social, rehabilitación, todos los puntos de los que podríamos hablar en los hospitales y vamos a leer una columna al azar, las preguntas, después que yo termine esta exposición, las que haga yo o el resto de los legisladores, seguramente van a reflejar también esto que voy a leer ahora. En el servicio de radiología en el Hospital de Viedma, por ejemplo, no tiene personal de enfermería y mucamas, carecen de dosímetros, carecen de espacio físico para el normal desarrollo, no funcionaba el servicio de rayos porque el aparato estaba roto y el servicio auxiliar, señores, estaba en corto circuito y el médico y el paciente se tenían que cuidar de no quedar electrocutados, yo lo vi, le pusieron un cable a tierra.

El Hospital de Bariloche tiene un sólo equipo portátil de rayos equis, el Hospital de Bariloche, un hospital ejemplo según el señor ministro, tiene un equipo central obsoleto, 36 años de uso, con el cableado eléctrico que produce peligro, con altos riesgos, faltan placas y ese equipo de 36 años lógicamente, señor presidente, las radiografías que produce no son las mejores, en la época de la tomografía computada, en Bariloche los médicos tienen que imaginar un diagnóstico porque no se pueden leer –llamémoslo así- las radiografías.

Vamos a ver el Hospital de Regina donde el equipo de rayos equis estuvo desde el mes de diciembre hasta el 25 de junio sin funcionar porque faltaban elementos, no hay protección en el equipo de rayos equis para el personal, tampoco tienen dosímetros,

el personal que trabaja en el servicio de rayos equis de Villa Regina ha manifestado problemas de salud porque no hay aislamiento, y los invito a que vayan a ver el cuarto oscuro donde se revelan las radiografías, no es un cuarto oscuro, es un sucucho, donde no merece trabajar nadie.

Visité el Hospital de Catriel donde había un equipo de rayos equis nuevo y ¡oh sorpresa! Tampoco andaba, de marca Toshiba si no me equivoco, pero ¡oh casualidad! Faltaban los elementos complementarios, no tenían la pantalla y cuando lo fueron a arreglar le hicieron un torneado el equipo; yo me imagino que un equipo de rayos equis no es una masa de un auto que se puede torrear, repito, le hicieron un torneado al equipo de rayos equis como si fuera un pedazo de hierro y costará 5 pesos.

El Hospital de El Bolsón tampoco tiene equipo de radiología, posee un equipo portátil que le presta Gendarmería Nacional porque los equipos Toshiba están sin mantenimiento, sin chasis, sin pantalla.

El Hospital de Valcheta es incapaz de responder a demandas básicas porque su equipo está agotado, con una pésima capacidad para sacar radiografías.

Me voy a referir ahora a un hospital, el de Viedma, con un servicio de pediatría donde faltan colchones, donde no hay medicamentos para los consultorios externos y que estuvo cerrado desde mayo del '89 por refacción de los equipos; funciona como sector en una habitación de servicio estando prohibido funcionar en un lugar así según las normas vigentes en materia de construcción hospitalaria. En terapia intensiva desde que se inauguró falta el equipamiento de acuerdo al número de camas, la clínica quirúrgica es inadecuada, no hay provisión de agua, no tienen instrumentos. El servicio de otorrinolaringología carece de instrumentos y no se puede cubrir la demanda. En el servicio de tocoginecología del Hospital de Viedma la planta de funcionamiento de internación no cumple los requisitos mínimos para su habilitación, no hay recursos profesionales suficientes porque han renunciado, falta ropa. En traumatología hay ortopedia aunque falta el instrumental de la especialidad, los médicos tienen que llevar los instrumentos para atender a los enfermos. En el caso de la atención primaria falta la planta física adecuada.

En el barrio Mi Bandera hay un sólo consultorio, en el barrio IPPV está sin terminar, a medio construir, falta personal, mucamas, equipamiento, ni hablar de la planta del edificio ya que todos la conocen y es obsoleta.

En el servicio de odontología falta personal auxiliar, hay deficiencias en la implementación de los programas de atención primaria y de sanidad escolar y el laboratorio no posee sala de extracciones. En la farmacia falta medicación básica y hay una muy lenta provisión de elementos. En el parque automotor hay una sola ambulancia en condiciones óptimas de las tres que existen. En el servicio social hay una falta de control y valuación de los grupos.

Podemos hablar de otros hospitales como el de Bariloche en el que el servicio de pediatría del cual recién hablo el señor ministro, en el servicio de neonatología, de 7 profesionales quedan 2, uno sólo de 20 horas y uno de 44 horas; en terapia intensiva faltan profesionales, que en este tema tan bonito que nos mostraron del quirófano tenemos que decir que hace 3 años que está en construcción y que aún hoy no fue habilitado.

Podríamos seguir analizando todos los hospitales que tenemos acá, de hecho lo vamos a hacer con las distintas preguntas que le vamos a ir formulando al señor ministro, pero el diagnóstico es claro, las carencias son evidentes. Recién veía al señor ministro mostrar en una filmación las mejoras, las reformas de 3 hospitales de la provincia y me hubiese gustado que también se hubiesen filmado otras cosas de nuestros hospitales porque venimos acá a tratar el tema de la salud para mejorarlo; también hubiera querido que se hubiesen filmado las enfermeras del Hospital de Colonia Catriel, teniendo que trabajar con dos camperas porque se mueren de frío dentro del hospital porque el servicio de calefacción del mismo no funciona, o la sala de rayos equis, o el cuarto oscuro de revelación del Hospital de Villa Regina, o que se hubiesen mostrado los colchones del Hospital de Ingeniero Huergo o el aparato de rayos equis de Bariloche, y siguiendo con Bariloche, lo voy a decir como me lo denunciaron, se hubiese mostrado a un eminente cirujano, al doctor Martino Driozola teniendo que operar en calzoncillos porque carecían del equipo de ropa para operar, eso también hay que mostrarlo.

El diagnóstico es claro, las carencias son evidentes. Ya lo resumíamos anteriormente y no quiero volver sobre su caracterización porque acá, en contra de lo que dice el refrán, lo que abunda –cuando como en este caso de tristeza se trata- sí daña, señores. Sólo quiero rescatar un aspecto que por suerte no es cuantificable; el valor del recurso humano del sistema público de salud; las deficiencias edilicias, los equipos que no funcionan, las instalaciones deterioradas, tienen solución, con un mínimo de esfuerzo que hoy se realice en materia de reasignación de recursos presupuestarios y con alguna ayuda de dinero extra del sistema, que pueden conseguirse, esas falencias pueden ser subsanadas más o menos rápidamente, sólo se requeriría establecer las prioridades para el gasto y luego realizar las compras más o menos ordenadamente. No ocurre lo mismo con el recurso humano. La inversión de conocimientos, la experiencia, no otorga sus resultados en el corto plazo. En términos económicos la maduración de la inversión en capacitación humana, técnica y profesional es de largo alcance; tal vez hoy, todavía el sistema provincial de salud esté gozando de los servicios de la inversión que citaba hoy el señor ministro, realizada hace 15 años en la provincia. El señor ministro, un hombre médico, joven, la presidente del Consejo, llegaron a esta provincia para incorporarse a esa nueva experiencia que realizaba el gobierno constitucional justicialista; su presencia en Río Negro es resultado de aquella inversión y podrá testimoniar acerca del valor que ha tenido que aplicar recursos financieros en el capital máspreciado del sistema de salud, ese capitalpreciado es el hombre.

Ese hombre se encuentra hoy, cuanto menos desalentado, agobiado por las falencias que debe superar en su trabajo diario, sólo lo mantiene su vocación, no podemos pensar que lo mantiene su nivel de remuneración o la gratificación de trabajar frente a colegas de provincias limítrofes que por igual trabajo y en mejores condiciones reciben una retribución superior, en algunos casos al 100 por ciento de su sueldo en Río Negro. Pero el problema lógicamente no queda en el sueldo, a un médico que tiene vocación hospitalaria –como los muchos ejemplos gratificantes que hemos encontrado en nuestra provincia- le interesa lógicamente su remuneración, pero mucho más le interesa su servicio profesional, el respeto que la administración le debiera prestar a sus condición de profesional capacitado, actualizado, especializado, sería un primer paso para quizá sacarlo de su situación de angustia. Estamos seguros que una situación que contemplara una mejora en su remuneración, aunque no sea lo significativa que se merece pero que viniera acompañada de una efectiva política de mejora científica de su labor a través de permitir la asistencia a congresos, seminarios, cursos, pasantías, etcétera, sería recibida con beneplácito por estos técnicos y profesionales, pero el gobierno provincial, a pesar de lo que dijo el señor ministro, no mejoró los sueldos y tampoco implementó una eficaz política de capacitación y perfeccionamiento profesional.

La información disponible, las recorridas realizadas las hemos confrontado con los propósitos enunciados en varios documentos oficiales que se refieren al programa de salud que el gobierno provincial quiso implementar, la enumeración de esos propósitos no siempre tienen que ver con la realidad. Es por ello que nos gustaría iniciar esta interpelación propiamente dicha al señor ministro con una batería de preguntas básicas o globales sobre la situación del sector que, creemos, no han quedado lo suficientemente explicitas después de la exposición inicial del señor ministro.

En primer lugar, señor ministro, en los grandes lineamientos anunciados en el documento Plan de Salud, editado en el año 1988 página 15 y que contiene el discurso de lanzamiento de dicho plan por parte del señor gobernador, se mencionaron propósitos que queremos confrontar con la realidad, por lo tanto le agradecería que usted me enuncie los avances específicamente registrados en materia de desconcentración administrativa.

SR. PANDOLFI – Perdón, señor presidente, antes de que el señor ministro comience a responder, solicito se me conceda el uso de la palabra.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Pandolfi.

SR. PANDOLFI – Señor presidente: Creo que antes de que comience la interpelación propiamente dicha, corresponde hacer un raconto de las normas que rigen este acto, porque han sido groseramente vulneradas por la intervención del legislador Franco. El señor ministro no ha venido aquí a escuchar un alegato, ha venido a contestar preguntas y es absolutamente impropio que anticipadamente a las preguntas que se le formulen, se le esté diciendo que no se cree en las conclusiones que el señor ministro ha expuesto en su informe; de modo tal que los señores legisladores de la oposición y los señores legisladores interpelantes deben ajustar su acción en esta Cámara para que esta interpelación se desarrolle en forma ordenada y de acuerdo con las normas constitucionales que rigen esta materia, en un todo con lo que establecen los artículos 139 y 143 de la Constitución Provincial, como así también el artículo 144 de nuestro Reglamento.

Hacer una pregunta, previo a un alegato como el que hemos escuchado, dicho en tono encendido y con voz indignada por el legislador preopinante, no constituye una forma de preguntar ni de averiguar nada y eso es lo único que este Cuerpo tiene derecho a efectuar en relación al Ministro.

El ministro no está acá para escuchar alegatos, está para responder inquietudes y preguntas, para ello el mecanismo que se ha establecido en la Constitución y del cual este Cuerpo ya ha hecho uso en ocasión a la anterior interpelación al Ministro de Obras y Servicios Públicos, contador Juan Alfonso Villalba, fue que después de la exposición se le hagan preguntas o bien son ampliatorias del pliego originario en base al cual este Cuerpo acordó la interpelación o de lo contrario son preguntas vinculadas con las informaciones que el señor Ministro nos ha proporcionado, lo que no se puede hacer, señor presidente, es hacerle escuchar al ministro un alegato, que de eso se trata, porque para eso, para discutir de política de salud, para discutir del tema evidentemente político que ha introducido el legislador Franco, lo que corresponde es que este Cuerpo se reúna en otra sesión para discutir cualquier proyecto de comunicación de contenido político pero no a través de esta interpelación. Las interpelaciones constituyen esencialmente un recurso que el Poder Legislativo utiliza para solicitar información en vivo y para que el señor ministro las exprese personalmente in voce a este Cuerpo, pero de ninguna manera esto puede utilizarse como ha sido utilizado, hacerle escuchar al ministro un alegato y en síntesis hacer preguntas que duran 45 minutos para después escuchar respuestas que a lo mejor el ministro va a proporcionar en tres minutos; por consiguiente voy a solicitar a la presidencia expresamente que haga respetar el Reglamento y las normas de la Constitución y que no tolere este tipo de intervenciones porque, insisto, vulneran groseramente el objeto por el cual este Cuerpo se ha reunido.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Tiene razón en una parte lo que dijo el legislador preopinante, estoy indignado y la exposición que he hecho es para plantear cuál es la visión que tenemos de la salud pública en la Provincia de Río Negro, lo que nos llevó con todo respeto, que el señor ministro merece, a citarlo a esta Cámara, es más, la interpretación del Reglamento le cabe al señor presidente y no a los legisladores.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Nemirovski.

SR. NEMIROVSKI – Señor presidente: Con el mismo respeto le solicito a usted que interprete cabalmente el artículo 144 del Reglamento Interno, único instrumento que regla la actividad desarrollada en este recinto en caso de la interpelación y queda muy claro el orden de prelación que tienen los actuantes en esta Cámara en caso de interpelación y el papel que cumple el legislador interpelante, en este caso el legislador Franco. Amén de esta interpretación que deberá hacer presidencia, creo que el legislador Franco ha diagnosticado en base a lo escuchado previamente por el señor ministro y por la señora presidente del Consejo Provincial de Salud Pública. Quiero además decir que no estamos acá para juzgar los tonos y las caras con que se dicen las cosas, sino lo que se escucha.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Pichetto.

SR. PICHETTO – Señor presidente: Creo que lamentablemente el presidente del bloque de la Unión Cívica Radical ha mal interpretado la norma constitucional del artículo 139 y fundamentalmente tampoco alcanza a entender debidamente el artículo 144 del Reglamento Interno. Por otra parte, señor presidente, vale la pena traer a colación, los antecedentes de esta propia Legislatura en oportunidad de la interpelación al ministro Villalba, además es cosa demostrable a través de la televisión cuando se han realizado interpelaciones en el orden nacional, en la última, reciente, realizada al ministro de obras públicas, hemos visto como los legisladores de la Unión Cívica Radical, previo a las interpelaciones hacían largas exposiciones para la televisión. Por eso considero que si bien esta facultad de interpretación es suya, señor presidente, no se puede vedar el derecho a hacer una valoración previa de lo manifestado por el señor ministro y por la señora presidente del Consejo Provincial de Salud Pública al legislador antes de realizar efectivamente la interpelación.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Douglas Price.

SR. DOUGLAS PRICE – En primer lugar, señor presidente, creo que la naturaleza del acto en el que estamos involucrados, desde su propia etimología parece indicarnos el indebido procedimiento llevado a cabo por el legislador interpelante, si hay algo que no hemos logrado que el legislador hiciera en los últimos 30 segundos de su larguísima exposición, es interpelar.

Por lo tanto, señor presidente, lo que quisiéramos hacer en beneficio de la salud pública de la provincia, como lo ha dicho el señor ministro y el señor legislador interpelante, es que esto se parezca a una interpelación y no al cúmulo de informaciones mal ordenadas y atiborradas a la que nos ha sometido el legislador interpelante y nos dediquemos a hacer aquello para lo que lo hemos invitado al señor ministro, es decir, a conocer la información de su área, aquello que parezca oportuno, tanto a la oposición como al oficialismo, en tanto que todos podemos hacerle preguntas al señor ministro, para conducir a una mejor conclusión sobre cómo podríamos mejorar la salud de nuestra provincia.

En definitiva, señor presidente, si atendemos los artículos de nuestra Constitución y de nuestro Reglamento, lo único que dice el Reglamento al respecto es que el legislador interpelante no tiene límite de tiempo, pero esto no significa que podría pararse y bailar sobre la banca, se trata de que lo tiene que hacer sin límite de tiempo es interpelar, a esto está haciendo mención nuestra intervención y pedimos que nos ciñamos a los artículos respectivos de la Constitución Provincial y del Reglamento.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Ciliberto.

SR. CILIBERTO – Señor presidente: No quisiera hacer una falsa interpretación de lo que está ocurriendo aquí respecto a que de pronto se han sentido muy molestos y nerviosos los legisladores del oficialismo porque un legislador osa opinar sobre la política de salud, creo que esto es pasar vergüenza delante de la gente, no creo que nosotros tengamos que atarnos a la letra escrita de un Reglamento cuando estamos debatiendo un tema tan trascendente e importante, esto tiene normas constitucionales y reglamentarias que lo encuadran, que nosotros mismo hemos delineado en un Reglamento Interno para llevar con orden y metodología determinado proceso, una sesión común, una extraordinaria, una interpelación, pero de ninguna forma puede invalidar el espíritu que hoy creo que tendría que primar en este recinto que es el de poner en claro una serie de situaciones que tienen una grandísima incidencia en la sociedad rionegrina. Yo les diría que no se sientan molestos ni nerviosos porque nosotros hemos deslindado en el legislador Franco hacer esta introducción con nuestra opinión, esto no es una improvisación, es un tema largamente analizado y así fue expuesto y ahora vamos a tratar de –con todo el respeto que se merecen las autoridades provinciales- pasar en limpio una serie de situaciones puntuales aquí lo que tiene que quedar en claro es que queremos hacer –si sirve- una radiografía de lo que está pasando con el tema de la salud pública en Río Negro y en ningún momento nos vamos a salir de los marcos democráticos, entonces agarrarnos de que si puede hacer un alegato, de los formalismos, de que si se puede hablar una o dos veces, si puedo opinar políticamente o si solamente se puede preguntar “que tal, como le va, señor ministro”, es totalmente ridículo, señor presidente, por lo que le pido que nos desligue de las ataduras y nos permita, en un debate amplio, respetuoso, tratar de construir esa imagen que todos los rionegrinos quieren tener de qué es lo que está pasando con la salud pública en Río Negro.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Pandolfi.

SR. PANDOLFI – Con sorpresa he escuchado que el señor Ciliberto califica como ridícula la pretensión de que se respete la Constitución. La Constitución dice claramente que a lo que viene el señor ministro es a contestar preguntas y a dar informe –insisto- no a escuchar alegatos; y la oportunidad de discutir este tema por supuesto que no va a estar coartada por el hecho de que respetemos la Constitución porque afortunadamente tanto esta Constitución como la anterior habían previsto detalladamente cómo se hace para traer a los ministros del Poder Ejecutivo a la Cámara y hacerles todas las preguntas que correspondan, pero a lo que el señor ministro seguro que no ha venido, es a escuchar un alegato de cuarenta y cinco minutos que termina con una respuesta de treinta segundos, entonces sí somos ridículos porque queremos respetar la Constitución, somos ridículos, pero vamos a exigir que se respete.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Badillo.

SR. BADILLO – Nuevamente me llama la atención, señor presidente, tanta vehemencia por parte del legislador preopinante...

SR. PANDOLFI – Me trata de ridículo, cómo quiere que me ponga.

SR. BADILLO - ...Especialmente cuando interrumpe a otros legisladores cosa que yo nunca hago, los escucho con atención.

Nosotros hemos escuchado con mucha tranquilidad la exposición de dos horas y pico del señor ministro analizando en forma global su diagnóstico del problema de la salud, como así en otras interpelaciones hemos escuchado, a veces sin tener por qué invitarlo a la Cámara, como vino otro ministro a hacer diagnóstico de la economía de la provincia, y ya van a venir todas las preguntas, no tenga ningún apuro, simplemente...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Me permite que lo corrija señor Badillo, no hace un diagnóstico sino que hace un informe in voce que fue aceptado por la cámara, es decir, no hubo violación del Reglamento.

SR. BADILLO – Acepto su sugerencia, señor presidente, ya que me parece válida. Lo que quiero poner de manifiesto es esa vehemencia, tengamos un poco de paciencia que las preguntas ya vienen. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Dado que la pregunta es la primera de una serie que vamos a realizar y ya habiendo expuesto el señor presidente del bloque de la Unión Cívica Radical su punto de vista, yo le pediría que continuáramos con esto y comenzaran las respuestas del señor ministro.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Voy a decir lo que piensa la presidencia y para el caso que no estemos de acuerdo, los presidentes de los bloques serán citados a una corta reunión de Labor Parlamentaria. Entiende que el legislador interpelante después de haber escuchado las palabras y los informes de los responsables del área, fundamentalmente del señor ministro y de la señora presidente del Consejo de Salud Pública, puede dar los fundamentos que lo llevaron como autor del proyecto de interpelación el legislador Franco, porque firma a la derecha del petitorio de interpelación, reitero puede fundamentar nuevamente, a pesar de que está en el escrito en forma pública el por qué de la continuidad de preguntas que se suceden luego de esa fundamentación. Esas preguntas podrán ser realizadas por el legislador interpelante o por el resto de los legisladores; lo que cree la presidencia es que el resto de los legisladores no deben hacer una exposición fundamentada, sino simplemente remitirse a las preguntas y este es el criterio que sostiene la presidencia al interpretar el Reglamento.

5 - CUARTO INTERMEDIO

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Castro Ares.

SR. CASTRO ARES – Gracias, señor presidente.

Quería señalar que la interpelación tiene una característica distinta al pedido de informes y por eso debe tener un tratamiento distinto. La interpelación tiene un núcleo principal que es el problema que vamos a tratar, el de la salud, tiene un diagnóstico dado por el miembro interpelado y tiene un diagnóstico hecho por la oposición por cada uno de los elementos que integran la pregunta y que deben requerir una fundamentación. Por eso entiendo, que de no ser así, que las preguntas no tengan la debida fundamentación desde la óptica con que la oposición ve el problema de la salud y para el cual ha pedido la interpelación, ésta carecería de sentido y nos reduciríamos a un simple pedido de informes.

Por lo tanto, le solicito, señor presidente, respetuosamente, que convoque a los presidentes de bloque para establecer la oportunidad de que se fundamenten las preguntas cuando se considere necesario ya que el pueblo de Río Negro quiere saber, no solamente la posición y la opinión del Poder Ejecutivo a través de sus representantes del área de salud sobre el tema de la interpelación, sino también las razones y motivos que conmueven a la oposición a efectuarla. Le ruego por favor que establezca la reunión de Labor Parlamentaria en un cuarto intermedio de cinco minutos.

SR. PRESIDENTE (Verani) – La presidencia ha manifestado su criterio y si no hay algún desacuerdo, se mantiene el mismo.

Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Le pido al señor ministro que conteste las preguntas.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Cejas.

SR. CEJAS – Señor presidente: Solicito un breve cuarto intermedio de dos minutos, porque me parece que no quedó en claro su interpretación.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Ha quedado en claro, que ustedes ahora piensen distinto y den vuelta las cosas en diferente, la presidencia mantiene su criterio, lo lamento.

SR. CEJAS – Insisto, señor presidente, en la necesidad de un breve cuarto intermedio.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Yo no voy a citar a Labor Parlamentaria, en su momento la cité y ya pasó el tiempo; si usted quiere un cuarto intermedio se lo concedo no va a ser citada Labor Parlamentaria.

SR. CEJAS – De cualquier manera, señor presidente, creo que su postura no condice con un diálogo que debemos mantener respetuosamente para que esta intervención tenga el decoro que tenemos todos...

SR. PRESIDENTE (Verani) – No he sido yo el que ha dejado de tener un diálogo respetuoso desde el punto de vista que he escuchado a todo el mundo y hasta que el legislador Castro Ares no tomó intervención contraria, todos aceptaban el criterio interpretativo de la presidencia.

SR. CEJAS – Esa es su interpretación, señor presidente, por eso solicito un breve cuarto intermedio, para aclarar esto y ponernos de acuerdo.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Si hay asentimiento pasamos a un cuarto intermedio, pero no me aclare nada.

-Asentimiento.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Habiendo asentimiento pasamos a un breve cuarto intermedio.

Eran las 20 y 32 horas.

6 - CONTINÚA LA SESIÓN

-Siendo las 20 y 45 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Verani) - Continúa la sesión.

Solicito silencio, por favor.

Tiene la palabra el señor ministro de Asuntos Sociales.

SR. MINISTRO (Sarandria) – Hemos escuchado respetuosamente la palabra del legislador Franco, lamentamos el tono que posteriormente su actitud va provocando porque coincidimos con él en que esta interpelación no debería tener, como nosotros dijimos al término del discurso, un carácter político-partidista. Partidizar a la salud ha sido la causa fundamental, señor presidente, del poco avance que hemos podido tener, a pesar del gran esfuerzo en muchos aspectos de la salud, del poco avance hacia afuera, del poco avance para mostrar, para vender un producto que sabemos, demostramos y nos demuestran que es cada día mejor. Los indicadores que nosotros podemos exhibir no son meros artilugios o artificios de la cibernética ni de la estadística, no son tampoco hechos mágicos que surgen de la imaginación o de la inspiración que nosotros tengamos, son cifras que tienen su correlato en el nivel nacional; los gráficos que mostramos, eso sí con ayuda de la cibernética, de cobertura de inmunizaciones, nos fueron proporcionados por los niveles nacionales. La alabanza del programa PEÑI, orgullo de la provincia, fue expresada por la doctora Silvia Martínez, actual funcionaria de la Subsecretaría de Salud en su visita con el señor Ministro Bauzá ante legisladores que están aquí presentes.

Quisiera responder puntualmente, realmente han sido muchas las falencias que el legislador Franco ha leído, pero creo que, con todo respeto, el legislador ha sido sorprendido en su buena fe por quienes lo han informado, porque expresar que algunos de nosotros podemos ser funcionarios de escritorio, aislados acá en Viedma no es correcto, al mismo tiempo le agradezco la deferencia de reconocer mi juventud pero no tanta como para no haber sido protagonista del Plan de Salud de 1973, lo que me permite refrescar la memoria sobre algunos hechos que en la provincia siempre han sido postergados por la realidad. Nosotros fuimos protagonistas y a pesar de no ser del color partidario que imperaba en el '73, pusimos toda nuestra energía para trabajar como humildes médicos residentes en el plan de salud, al cual defendimos hasta instancias realmente riesgosas –diría- en algún momento.

Hemos tomado, de ninguna manera hemos rechazado, los aportes y la enseñanza que nos pudo dejar ese plan de salud, desde el momento que hemos invitado a supervisar el lanzamiento de nuestro proyecto de salud al mismo doctor Dalbó que fue presidente del Consejo en la oportunidad de ese plan de salud, pero también fuimos testigos presenciales y también sabemos que el plan de salud no terminó el 24 de marzo de 1976, el plan de salud terminó antes como tal, en su filosofía, en su inspiración realmente de avanzada para el momento, al cual todos alabamos y nadie le saca mérito, pero terminó a fines del año '74 por un conflicto político y no económico; si bien es cierto que después del Rodrigazo fue imposible seguir sosteniendo los mismos niveles de salarios y de inversión, terminó con un tremendo conflicto y ya en diciembre del '74 el mismo doctor Dalbó tuvo que renunciar y huir de la provincia perseguido por las denuncias macartistas que imperaban en la época, quiere decir que esta puesta al día de un tema en donde tenemos grandes coincidencias y respeto por lo que se hizo, dejémoslo bien en claro, pero esa experiencia no puede de ninguna manera tomarse en forma matemática y ser reproducida porque fue hecha en circunstancias políticas distintas, en circunstancias económicas distintas y por sobre todas las cosas en un momento histórico distinto.

Donde el partido que en ese momento había ganado las elecciones tenía como slogan primordial Liberación o Dependencia, que es muy diferente al momento actual donde ya nadie plantea la liberación, hace que forzosamente nos enfrentemos a una realidad distinta que debemos encarar con herramientas totalmente distintas, querer sacar de contexto a la salud de lo que está pasando en todo el país es realmente pensar que la salud es una variable totalmente independiente, podemos dar muchos ejemplos de países que han logrado óptimo sistema de salud con distintos regímenes, pero todos tienen un costo que es la adaptación a ese sistema, nosotros hemos ido deambulando en un país donde en la década del '70 mirábamos con cariño a los cubanos ni que hablar de los '90, ya miramos con cariño a los ingleses, entonces vamos a tener que forzosamente manejarnos con la variable que nuestra realidad nos está manejando.

Días atrás leía el comentario de un periodista autorizado sobre el tema de los medicamentos y vemos que durante todo el año 1989 aumentaron un 12 mil por ciento, en promedio sabemos que algunos aumentaron más, los salarios aumentaron un 4000 por ciento, la inflación un 5000, entonces de 5000 de la inflación a 12 mil de los medicamentos creo que hay una diferencia que si no la tenemos en cuenta estaríamos jugando acá adentro.

Volviendo a alguna observación que hizo el presidente de la bancada radical, vinimos a responder con seriedad, responder con seriedad significa asumir logros y fracasos, asumir cosas que han salido bien y cosas que han salido mal. Entonces quisiera sentir por lo menos que hemos sido escuchados, no vinimos a esta interpelación a hablar un par de horas, con esa modalidad que se suele a veces hablar jocosamente de venir a aburrir, no, nosotros trabajamos, mucha gente trabajó para esta interpelación, mucha gente recogió datos, mucha gente escribió a máquina, mucha gente trabajó para hacer un análisis sincero y veraz del sistema de la salud pública rionegrina, entonces de ninguna manera venimos a aburrir. Realmente después de escuchar atentamente al legislador Franco me doy cuenta que no hemos sido escuchados, porque dijo muchas cosas que las fui anotando, pero hay una que realmente es loable y descolla por lo absurdo, alta tasa de enfermedades transmisibles, cuando estamos entre las primeras cuatro provincias en inmunizaciones.

Esto que presentamos con gráficos y que lo podemos repetir, me parece hasta una falta de respeto el no haber sido escuchados; qué decimos entonces de la provincia de Misiones que tiene que luchar con enfermedades extintas como el dengue, con enfermedades impensables en nuestras latitudes como el paludismo, con enfermedades que están por ser declaradas extintas de la provincia como la difteria, y sin embargo cuando nos encontramos en las reuniones del Consejo Federal de Salud el ministro de Misiones y el ministro de Río Negro se ponen de acuerdo para luchar juntos por una salud mejor para los argentinos, sin embargo venimos a este recinto a escuchar un alegato de ¡oh novedad! Que tenemos aparatos de rayos vetustos, que tenemos algunos edificios también vetustos, lo hemos dicho no ocultamos nada, a escuchar algunas inexactitudes sobre recursos humanos, pareciera que no se hubiera construido un sólo periférico desde el año 1988 a la fecha, a ignorar, por ejemplo, el avance de las comunicaciones en las radios, a ignorar las definiciones de políticas en función del gasto en salud, a decir que la salud pública está deshumanizada, coincido, esté deshumanizada, nosotros ponemos siempre como paradigma de la deshumanización un personaje que jocosamente hace un cómico en televisión con respecto a una enfermera,

queremos combatir ese modelo de enfermera y lo estamos haciendo trabajando arduamente en política de humanización de la atención y creemos que nuestras enfermeras ha tenido una comprensión de este problema realmente admirable, pero si a un legislador le consta que los pacientes van a hacer cola a los cinco de la mañana y que eso está mal, nosotros lo escucharíamos y el poder recoger esa información sería una herramienta fundamental para ver lo que al verdadero protagonista del sistema de salud le pasa y poder entonces ir y corregirlo, sin embargo denuncias son las que faltan.

Cuando se refería a los agentes protagonistas incluía a los agentes de salud, nosotros creemos que el protagonista es todo el pueblo que recibe salud, no solamente al que se le curan las enfermedades. Creemos que preguntarle a alguien que está haciendo cola desde las cinco de la mañana – preguntarle a las diez de la mañana- qué opina del hospital público realmente, desde el punto de vista científico, es totalmente desechable como opinión, pero a mí me da la impresión que descubrir una serie de defectos que nadie niega y que estamos haciendo esfuerzos realmente grandes para superarlos conlleva una interpretación, que por supuesto doy por bien intencionada, que puede tener consecuencias nefastas, esto lo hemos dicho muchas veces, hablar en forma tan cruda, decir que el sistema es tan desastroso, hacer prácticamente un paradigma del terror al hospital público, significa decir que al hospital público no hay que ir y decir esto, señor presidente, para los que tenemos memoria, significa contradecir el espíritu pionero que tuvieron aquellos ideólogos, de los cuales aprendimos, que sí diseñaron un plan de salud, que desgraciadamente duró poco más de un año, donde se invitaba a ir al hospital público, se invitaba a contribuir, no estaba todavía claro el rol de la seguridad social en el hospital público como lo está ahora; yo como representante del pueblo trataría de ayudar, como muy bien lo señaló el legislador que el Poder Legislativo es gobierno, a que este sistema mejore, aportando ideas, proyectos, defendiendo al hospital público, más allá de sus problemas y atacando –como no- todo aquello que hagamos mal, ahora si nosotros vamos mejorando con todas las dificultades actuales, en medio de un país que está encontrando un rumbo que posiblemente no sea el que quieran las mayorías, estamos tratando de avanzar en un sistema de salud que ineludiblemente va a tener que tener al hospital público como protagonista, tenemos que saber que reponer aparatos de rayos no es simplemente una decisión política, significa contar con los recursos y cuando se hace la previsión presupuestaria podemos sí exhibir una licitación para reponer aquellos aparatos de rayos vetustos, no todos, pero por lo menos reponer los cuatro aparatos de los hospitales cabeceras. Cuando se nos dice por ejemplo que en un barrio de Viedma no han sido provistos los elementos del programa PEÑI y sabemos que el 10 de junio fueron entregadas al Hospital de Viedma las bolsas del programa PEÑI, es cuestión de ayudarnos a hacer ese control de gestión que es tan difícil de hacer porque seguramente habrá algún responsable –si es cierta la información- que va a tener que pagar porque ese material no haya llegado en el momento esperado y en el momento necesario.

Con respecto a la ración de leche, señor presidente, voy a pedir después autorización para que la doctora Cabrera profundice, porque son muchos los temas que estamos obligados a responder en una sola pregunta. Es cierto, la ración de leche...

SR. PRESIDENTE (Verani) – ¿Me permite que lo interrumpa?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Señor ministro: La pregunta que yo le hice, es que enuncie los avances registrados en materia de desconcentración administrativa, no he formulado otra pregunta, he hecho un diagnóstico esperando que usted interpretara el por qué de esta interpelación; lo que le pido, señor ministro, es que me conteste lo que he preguntado y a medida que enuncie las otras preguntas, usted va a tener posibilidad de ir contestando sobre los distintos temas que le voy a planteando.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor ministro, continúe y después conteste.

SR. MINISTRO (Sarandría) – ...Cuando hablamos de avances en materia de salud...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Les voy a explicar. El ministro está exponiendo ¿Es así? Aceptó la interrupción del legislador Franco, ¿Es así? La pregunta que dice el legislador Franco que dejó constancia que se hizo, va a ser contestada cuando termine lo que está exponiendo, que es el contexto general de las contestaciones, sobre todas aquellas incógnitas que había planteado el legislador.

Tiene la palabra el señor legislador Pichetto.

SR. PICHETTO – Señor presidente: Creo que lo que usted expresó en un momento determinado, en comenzar decididamente con la interpelación no se está cumpliendo, aquí hubo un diagnóstico, un informe que escuchamos detenidamente del señor ministro y hubo una visión global del legislador interpelante. Creo que este tema está agotado, mal ahora puede venir a dar respuesta a esa visión, que evidentemente es confrontativa y que tenemos de la realidad aquí en Río Negro. Por lo tanto, creo que el señor ministro debería limitarse a contestar la pregunta formulada por el legislador interpelante.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Creo que está contestando hechos puntuales. Continúe, señor ministro.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Lejos está de mi ánimo hacer de esto una respuesta confrontativa, pero evidentemente las palabras que escuché previamente sí eran confrontativas, entonces me obligan de alguna manera a tener que aclarar a la opinión pública un montón de inexactitudes con las cuales estaría siendo cómplice si la dejara pendiente; de todas maneras acepto lo dicho por el legislador Pichetto.

Vamos a responder a la pregunta concreta del legislador Franco en los avances en materia de desconcentración y luego seguiremos con el resto de las preguntas. Nosotros dijimos también en el informe que la desconcentración es un paso previo a la descentralización. Hemos avanzado en eso como un paso hacia el futuro de descentralización, que va a tener a los municipios como protagonistas activos a través de las zonas sanitarias. Las zonas sanitarias son áreas geográficas que comprenden varios hospitales y que tienen la función de ser transmisoras de las políticas, elaborar políticas zonales y recibir las propuestas de programación local.

Nosotros en el año '88 comenzamos a desconcentrar compras en el nivel zonal, en ese momento lo hicimos con un propósito de agilizar el sistema de compras, pero luego nos demostró la emergencia económica, con su gravísima repercusión en salud, lo importante que había sido adoptar esta decisión, porque pudimos lograr una mayor agilidad en el mecanismo de compra de insumos para los distintos hospitales y una mayor agilidad de respuesta.

De manera que ya le voy a solicitar autorización para que la doctora Cabrera puntualice cuáles son las compras y de qué elementos se están realizando en la actualidad en la zona sanitaria.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra la doctora Cabrera.

SRA. CABRERA – En la actualidad, con los fondos que se remiten mensualmente a las zonas sanitarias se están comprando medicamentos, reactivos de laboratorio y material de curación. Además, a nivel zonal o con fondos zonales manejamos fundamentalmente derivaciones de pacientes y también a través de las zonas se manejan fondos para reparación de vehículos que algunas veces van directamente a los hospitales. Otras compras se hacen más locamente, a nivel de los mismos hospitales a través de sus fondos de funcionamiento, sobre todo en los hospitales de mayor complejidad que necesitan algunos medicamentos que no son de uso habitual en las otras áreas, para lo cual cuentan con un fondo de 20 millones para terapia intensiva.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Le voy a solicitar al señor ministro o a la señora presidenta del Consejo, el que quiera contestar, me confirme si de acuerdo a lo que interpreto, es el único avance registrado en esta materia el tema de la creación de algún tipo de fondos en alguna zona sanitaria ¿Interpreté bien? ¿Ese es el avance registrado?

SR. MINISTRO (Sarandría) – El avance registrado está tanto en la posibilidad de compra como en la capacidad de decidir las compras que cada zona sanitaria necesita. En momentos de emergencia, incluso hemos girado en forma directa a los hospitales y actualmente hay fondos permanentes de los hospitales que ejecutan según sus propias necesidades, además estimulamos la planificación local con la finalidad de poder ir capacitando a quienes están al frente de hospitales y zonas sanitarias para ir progresivamente desconcentrándose e independizándose del nivel central; retenemos a nivel central aquellas compras que por su magnitud tienen mejor posibilidad de precios, concretamente leche, placas, sueros, etcétera.

SR. FRANCO – Quisiera que la doctora Cabrera me especificara qué tipo de fondos maneja cada hospital y cada zona, que es lo que se puede comprar con cada fondo y además si es que se ha creado un fondo de mantenimiento de hospitales que incluye el tema de las reparaciones en general, edilicias, de automóviles, etcétera, tal cual como ella lo había enunciado en una reunión que tuvo con la Comisión de Asuntos Sociales en setiembre del año pasado.

SRA. CABRERA – En noviembre del año pasado creamos un fondo de funcionamiento para mantenimiento edilicio y de automotores que se remitió a los hospitales explicando que esa cantidad, que no tengo presente porque manejar valores de hace unos meses atrás es bastante difícil, pero creo que era algo así como 250 mil australes para el caso de un hospital de complejidad 6, especificábamos que para una rápida remisión a los hospitales y por lo complejo que significaba abrir nuevos fondos de funcionamiento hospitalario peor deberá ser rendido exclusivamente como acciones de mantenimiento; después vino diciembre que se tragó el fondo de mantenimiento para funcionamiento de los hospitales y ni aún así alcanzó; de cualquier manera estamos trabajando en mantenimiento de hospitales, mejoramientos, como es el caso por ejemplo del periférico del barrio Mi Bandera que había citado el señor legislador, que se presentó dos veces a licitación para ampliación del año pasado, habiendo cerrado sin oferentes en ambos casos;

ante eso hemos comenzado a derivar fondos, en la medida de las posibilidades, provenientes de la ley 48 para comenzar con una ampliación. De cualquier forma, paralelo a esto, a la ampliación que estamos realizando, que es sólo un consultorio más para uno de los centros periféricos que mejor trabaja en Viedma, yo soy de aquí y con muchos años en el hospital, por eso me llama la atención el comentario que se hizo sobre el centro Mi Bandera porque debe ser el que tiene el más alto porcentaje de rehabilitación de desnutridos, que es exactamente para el mes de abril, de un 33 por ciento y seguramente que eso no fue más que con leche o provisión de alimentos, sumado al excelente trabajo que hace la gente de ese centro. Como sabemos eso, de su forma de trabajar, estamos abocados a construir un consultorio agregado y además garantizo que no falta leche en los hospitales y solamente en forma accidental puede no haberlo en el centro Mi Bandera, que no le hayan enviado desde el hospital, porque sino es incompresible ni tendría estos índices de rehabilitación.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – No queda absolutamente para nada claro. Voy a tratar de explicar para ver si me puede contestar. El día 21 de septiembre en esa reunión con la Comisión de Asuntos Sociales y voy a citar textualmente sus palabras –esto está registrado en un acta que levantaron los taquígrafos de esta Legislatura- expresó que “*se creará un fondo de mantenimiento de hospitales que incluyan desde las reparaciones edilicias hasta los automóviles*”.

Primera pregunta: Quiero que concretamente me diga si se creó o no ese fondo y si hoy funciona. Segunda, tengo entendido que en algunos hospitales o en algunas zonas sanitarias funcionan algunos fondos; la doctora ha dicho que allá por octubre se creó un fondo y que en diciembre no sé si funcionaba o no y yo quiero que me diga, efectivamente hoy qué tipo de fondos manejan los hospitales y las zonas sanitarias y para qué sirven cada uno de ellos.

SRA. CABRERA – Correcto. La explicación de lo que sucedió con el mantenimiento creo haberla dado.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Perdón, doctora. Le quiero aclarar que la versión taquigráfica o la grabación puede responder esa pregunta del legislador, si es que usted cree haberla contestado y no es necesario, ni nadie le exige que usted repita esa contestación. Si cree que la contestó, recurrimos a la versión taquigráfica y si quiere repetirla no hay inconveniente.

SRA. CABRERA – Me da lo mismo porque en realidad me gustaría agregar otros datos que pueden haber quedado incompletos. Respecto al fondo de mantenimiento, en noviembre del año pasado comunicamos a los hospitales que se incrementaba el fondo de funcionamiento en una suma equis, distinta para los hospitales de complejidad 6, 4 ó 3 que debía rendirse exclusivamente en tareas de mantenimiento edilicio u hospitalario. Con el desastre que sucedió en diciembre, enero y febrero, los hospitales obviamente y con aprobación Consejo priorizaron y volcaron sus fondos totalmente a funcionamiento hospitalario.

En cuanto a qué fondos reciben los hospitales, estos son distintos, según la complejidad; un hospital de complejidad 6 (Viedma, Bariloche, Cipolletti, Roca) recibe 20 millones de australes para gastos de oxígeno, 7 millones mensuales para gastos de combustibles, 17 millones mensuales para alimentos perecederos y alrededor de 9, porque los reparten desde zona, para alimentos no perecederos, 2 millones para elementos de librería, 2 millones para elementos de limpieza, 5 millones para ropería y esto sí, desde el mes de mayo solamente pudimos instrumentarlo, anteriormente solamente en dos oportunidades, desde octubre hasta ahora, habíamos podido remitir fondos para ropería, ahora se ha introducido a las remisiones mensuales desde el mes de mayo.

Reciben además aproximadamente 72 millones desde las zonas sanitarias para compra de medicamentos, material de curación y elementos reactivos de laboratorio, reciben desde el nivel central distribución de sueros, leche y placas, el monto aproximado de esto es de 31 millones. Esto puede variar de un hospital a otro en pequeños montos porque depende de la cantidad de población que cubra, por ejemplo la leche que reciben y manejan, además un fondo de funcionamiento de 20 millones, fondo permanente de 20 millones de terapia intensiva. Con que giraran una sola vez en el mes esos fondos permanentes, significa que un hospital de complejidad 6 está recibiendo por todo concepto 205 millones mensuales sin tener en cuenta los gastos de personal.

SR. FRANCO – Mi pregunta iba precisamente a que la doctora especificara esto, aunque tengo que decir en honor a la verdad, que algunos de esos fondos no me han sido indicados como que se han recibido en algunos hospitales, voy a chequear la información.

SRA. CABRERA – Me parece correcto.

SR. FRANCO – Quisiera preguntar a la doctora, ya que estamos en el tema de los fondos, si conoce el gasto de los hospitales, es decir, cuánto es lo que gasta cada hospital.

SRA. CABRERA – Cada hospital gasta lo que acabo de comentar que es de funcionamiento, más los gastos de salarios de personal, o sea, recién comentábamos que para gastos de funcionamiento un hospital 6 gasta 205 millones mensuales, a eso hay que agregarle el gasto de personal que es variable desde el Hospital de San Carlos de Bariloche que tiene 900 millones mensuales de salario, o sea, está en el orden de los 1100 millones; un hospital como el de Viedma que tienen un costo de personal de 700 millones, no llega a 1000 millones como el de Bariloche que lo supera. Un hospital complejidad 4 en gastos de funcionamiento, según la cobertura de población, no nos olvidemos que hay hospitales 4 como el de San Antonio Oeste, que atienden poblaciones más grandes, en estos hay mayor variación. El promedio es alrededor de 90 millones, o sea, reciben para funcionamiento entre 80.650.000 para ser exactos y 98.650.000, un rango de aproximadamente 90 millones de funcionamiento para cada hospital 4. El personal promedio en estos hospitales, la variación también es muy grande pero podríamos hablar de un promedio de 200 millones, estaríamos en el orden de los 400. Digo que es grande porque tenemos hospitales como el de San Antonio Oeste que tienen casi 84 de sueldo y el de Villa Regina que también es un 4 y que gasta 320 millones de sueldo. El hospital de complejidad 3 recibe para funcionamiento unos 40 millones y tiene un gasto similar en personal.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – O sea que conociendo estos datos me imagino que el Consejo Provincial de Salud Pública podrá determinar ahora cuánto cuesta una cama en los hospitales de la provincia.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor legislador, lo que le solicitaría es la pregunta porque no quedó formulada.

SR. FRANCO – Cuánto cuesta una cama en...

SR. PRESIDENTE (Verani) – No soy sordo, usted dijo si podría determinar tal cosa.

SR. FRANCO – Yo lo que le dije a la señora es que con esos datos que tiene me imagino que puede determinar, entonces le pregunto concretamente ¿Cuánto cuesta una cama en el servicio hospitalario?

SR. PRESIDENTE (Verani) – Ahora sí está hecha la pregunta ¿Vio que fácil?

SRA. CABRERA – Promedio general 145.500 australes; en un hospital complejidad 6 es de 207.000 australes; en uno complejidad 4, 115.500 australes y en uno complejidad 3, 110.000 australes, un promedio general de 145.000 australes diarios.

SR. FRANCO – Desde cuándo el Consejo de Salud Pública puede determinar este costo por cama, desee qué fecha.

SRA. CABRERA – Desde que yo estoy.

SR. FRANCO - ¿Desde que usted está en el Consejo o como presidente?

SRA. CABRERA – Le explico que no he hecho más que manejar los datos que están a disposición del Consejo permanentemente. Si bien el Consejo siempre ha tenido conocimiento de cuál es el gasto en los distintos rubros que debe cubrir, cuál es el gasto en personal de acuerdo al porcentaje ocupacional que es otro dato que maneja desde hace años, determina fácilmente el costo de la cama.

SR. FRANCO – Correcto. Le voy a aclarar por qué le hago la pregunta, porque lamentablemente de la exposición suya ante una comisión de esta Cámara usted dijo, y se lo voy a leer para que vea que no malinterpreté, respecto al tema la doctora Cabrera dice: *“A mí me llama la atención porque no nos podemos encontrar con el dato de cuánto cuesta una cama en el hospital, no se sabe, no es dato posible y no es posible conocerlo, nos han dicho que es un dato técnicamente no se puede elaborar, eso es realmente un problema muy serio, si no es sabe cuánto cuesta una cama evidentemente no se puede saber cómo puede funcionar la institución...”* y sigue haciendo otro tipo de consideraciones, por eso se lo pregunto.

SRA. CABRERA – Sé que la cama cuesta incluso más de lo que estoy diciendo, en qué sentido, aquí manejamos datos que, como dije, manejó siempre el consejo, el promedio ocupacional, los gastos que insume un hospital y los gastos que nos insume tanto en funcionamiento como en salarios, nosotros estamos dejando de lado otros gastos que sin duda incrementarían este costo, por ejemplo los gastos de pago de servicios, llámese gas, luz, teléfono, gastos que hacen al funcionamiento del nivel central, gastos de reparación de vehículos que, es cierto, no está tenido en cuenta, por lo tanto digamos que el dato que yo le he dado es aproximado, deberíamos sumar todos estos otros datos que también existen en el Consejo y nos permitirían sacar un valor más ajustado.

SR. FRANCO – Lamento que cuando usted estuvo en la Comisión de Asuntos Sociales no haya explicado esto y haya negado conocerlos.

SRA. CABRERA – En el orden de lamentar desconocimientos quiero también reiterarle que lamento su desconocimiento al hablar en su alegato de un programa de zoonosis desaparecido, desaparecido el programa de hidatidosis, lo dijo claramente, que fue evaluado por un organismo internacional en el '88 – y reitero como dijo el señor ministro que no escuchó la exposición- que no ha dejado de funcionar y que ha sido recientemente supervisado por el jefe de programa que recorrió toda la zona sur y andina y volvió con un excelente informe, entonces alguien miente, yo voy a consultar con mi jefe de programa porque es preocupante.

SR. FRANCO – Doctora, lo que yo leí es una declaración suya ante una comisión de esta Legislatura. Versión taquigráfica.

SRA. CABRERA – Lo que respondí es un comentario suyo que debe estar en la Versión taquigráfica.

SR. FRANCO – Le agradezco, porque el conocimiento que usted tiene de los perros en la provincia quedó ampliamente demostrado.

SRA. CABRERA – Y su conocimiento de los hospitales también.

SR. FRANCO – Segunda pregunta para el señor ministro ¿Qué metodología se utilizó para alcanzar el propósito de lograr la participación comunitaria para la detección de necesidades y la humanización del servicio de salud en la provincia?

SR. MINISTRO (Sarandría) – La participación comunitaria y la humanización de la atención son dos objetivos que nosotros nos hemos propuesto y que evidentemente todavía no hemos alcanzado, pero le voy a contestar señor legislador cuál es la metodología hacia la cual estamos dirigidos. Participación comunitaria ¿Por qué? En función de un proyecto de salud, de un proyecto de provincia, que entiende que las necesidades de salud no son únicamente detectables por los planificadores sanitarios, médicos o profesionales, entonces esa participación de la comunidad está en función de lo que se vaya logrando y lo que se vaya haciendo esté en función de las necesidades reales de la gente. Creo que ha quedado bien claro que hay una legislación que surge en el primer año de la democracia, que es la Ley 2034 con los distintos consejos, tanto el consejo a nivel central, zonal o local. El consejo local, es decir, los consejos hospitalarios de la comunidad, incluyen representantes de las juntas vecinales, de los municipios, de los trabajadores de la salud y ha tenido hasta ahora un determinado rol que es variable de acuerdo a los hospitales y de acuerdo también al grado de participación que se pudo generar desde la dirección de cada hospital. Nuestra propuesta todavía no ha sido implementada, pero sí hay aproximaciones y es a través de distintos programas comunitarios, el PEÑI es uno de ellos, lograr el acercamiento al centro de salud de los pobladores del barrio y el acercamiento y la reunión con aquellos médicos que están cumpliendo funciones en los puestos periféricos.

Usted sabrá que por debajo del director del hospital existen distintos departamentos, uno de los cuales es del departamento de actividades programadas para el área que tiene a su cargo toda la atención de los centros periféricos de un hospital. En mayor o menor grado ese departamento estimula la participación en los puestos periféricos de los distintos grupos poblacionales, por otra parte hay experiencias realmente ricas que se han dado, como por ejemplo en Bariloche, a raíz del programa PEÑI de trabajos grupales con madres de desnutridos, donde ellas mismas explicaban a sus vecinos como iban logrando ciertas metas en sus chiquitos, como hacerles comer determinadas cosas para que tengan la ingesta calórica necesaria.

Con respecto a la humanización de la atención, es un logro difícil porque arrastra todo un hábito cultural, todo un hábito donde el saber da un poder que a veces se refleja en el trato hacia la gente. En ese sentido, ya hace más de un año, casi dos, que se han iniciado seminarios de humanización para la atención de enfermería ¿Por qué? Porque pensamos que es el sector numéricamente más importante, el que está más en forma permanente en contacto con los pacientes y realmente esos seminarios de humanización en un terreno tan fértil, como son las enfermeras de la provincia, han logrado efectos importantes.

Sería importante también que nosotros pudiéramos de alguna forma mensurarlo, pero basta hablar con personas que han estado internadas en servicios para que cuenten como ha sido la atención de enfermería con respecto a ellos.

Hay otros programas de integración con amplia participación comunitaria como el auspiciado por la UNICEF, denominado proyecto de integración de programas, del que habló la doctora Cabrera, de promoción de la salud de la madre y el niño, donde participan los distintos sectores de la comunidad hacia objetivos comunes, participa el maestro, el agente sanitario, el promotor social, delegados municipales, y se ha experimentado ya con éxito en la zona andina y suroeste y se va a extender también a la zona atlántica. Eso es un camino, la participación comunitaria no es algo que se obtenga por decreto ni muchísimo menos vamos a pensar que porque una ley lo sugiere vamos a obtener resultados; es un camino lento, tenemos la voluntad política de que esto se vaya concretando y cuando hablamos de descentralización lo hacemos hacia una mayor gestión comunitaria, porque creemos que no hay mejor control de gestión que la propia comunidad.

SR. FRANCO – Señor ministro, yo comparto lo que usted dice, que no se puede fijar por decreto, sin duda, la participación y la humanización. Usted habló de un avance lento, yo le preguntaría cuáles son las metas que se ha fijado ese ministerio para este año, para el que viene, de qué manera se han evaluado los resultados que se han logrado y también, porque no me quedó claro, si existe una estructura administrativa y funcional –usted habló recién de la descentralización- para lograr estos objetivos.

SR. MINISTRO (Sarandria) – Estos no son logros administrativos, son logros de gestión comunitaria que tampoco son planificables en forma lineal. La planificación lineal pertenece un poco al pasado, nosotros tenemos políticas y proyectos que vamos desarrollando ¿Qué grado de participación comunitaria vamos a alcanzar en el año 1991? Yo no lo puedo predecir, si decimos que nosotros tenemos como objetivo una progresiva descentralización para lo cual estamos evaluando en qué lugares comenzar, ya que debe forzosamente reunir algunos requisitos; nuestra intención es aprovechar el poder de gestión de los municipios, de ninguna manera entiéndase esto como la municipalización lisa y llana y desentendernos de la política de salud de algún lugar, sino aprovechar la capacidad de gestión y la capacidad que el municipio tiene para convocar a la comunidad y que esta intervenga en la marcha del funcionamiento hospitalario, pero si me pregunta si tenemos un programa escalonado, decididamente redactado, yo le respondería que sí, que tenemos uno, pero que de ninguna manera se lo puedo proporcionar, que comprende la capacitación progresiva del personal municipal, la de los trabajadores de la salud para poder autogestionarse, pero realmente me parecería estar contestándole con un proyecto teórico en cuanto a metas. Esto es un proceso continuo en el cual están enfrascados gran parte de los sistemas de salud latinoamericanos por lo menos, y que es muy difícil de mensurar.

Cuando hablamos de descentralización y de gestión comunitaria tenemos que diferenciar entre dos proyectos, porque eso se suele usar para dos proyectos, para un proyecto realmente de autogestión, que es al que nosotros tendemos y también hacia el proyecto chileno, para llamarlo de alguna manera, que es la descentralización que comprende la privatización de numerosos servicios y cuyos resultados los vemos en nuestras provincias patagónicas con la demanda de salud de los hermanos chilenos,

pero nuestro proyecto es del primer tipo y programa una mayor ingerencia de la comunidad en la toma de decisiones del sector salud. Concretamente, si pregunta si nosotros tenemos ya metas establecidas, le digo que no.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – ¿El señor ministro me podría explicar qué avances se han logrado en el propósito de integración del subsector público con el subsector de la seguridad social?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí. En este momento el avance en la integración en los dos subsectores está dado fundamentalmente por la complementación de servicios que uno rinda y que el otro no y que determina entonces que haya derivaciones de un subsector hacia el otro y viceversa.

Yo diría que hasta este año probablemente ha sido más el flujo desde el subsector público hacia el privado, en función del casi monopolio de la tecnología pesada que tiene el subsector privado y porque aparte la racionalidad indica que por ejemplo habiendo un tomógrafo computado que esté e manos privadas u oficiales en un radio de tatos kilómetros o más allá de tanta cantidad de habitantes, no es deseable que hubiera otro. Pero también es cierto que en sentido inverso, en algunos lugares como en General Roca, como en el servicio de terapia intensiva en Cipolletti o en neonatología de General Roca, la derivación se hace también desde sectores privados al sector público porque hasta hace muy poco tiempo el sector privado carecía de sala de neonatología.

Por otro lado, la integración también tratamos de lograrla a través de la obra social provincial que en algunos casos es un sector único y ha aportado, como hoy mostrábamos, equipamiento para hospitales del subsector público. El IPROSS, la obra social provincial, también ha participado en el programa de salud escolar y tenemos la propuesta de la liberación de coseguros para la provisión de anteojos, audífonos, etcétera. Asimismo, hemos iniciado conversaciones con aquellos otros financiadores de la salud que están pasando por los mismos problemas que nosotros, por ejemplo, la obra social ISSARA, el PAMI; para eso hemos hablado con los doctores De Leonardi y Tapia, con el señor Zúñiga que tiene a su cargo parte de la atención como efector propio sindical en la ciudad de Bariloche, de manera de sentarnos en la misma mesa para acordar políticas y tender a un uso cada vez más racional de los recursos.

SR. FRANCO – Correcto. Con este tema nos preocupa el del arancelamiento hospitalario del cual habló el señor ministro hoy. Hay una ley de arancelamiento hospitalario, pero tengo entendido que no se aplica, por lo menos en la forma en que tendría que hacerse en la provincia; le pregunto al señor ministro ¿Cuál es el costo que soporta el sistema público de salud por la no aplicación de esa ley? o cambiando la forma de la pregunta ¿Cuánto es lo que se deja de percibir por el no cumplimiento de la ley de arancelamiento? O lo podemos preguntar de otra manera ¿Cuál es la transferencia de recursos financieros que hace la provincia en favor de las obras sociales nacionales, que de esta manera pagan los servicios que reciben?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Voy a volver a leer porque esto ya lo he explicado claramente y hemos leído también la resolución del ANSSAL donde el propio presidente del INOS-ANSSAL reconoce esta transferencia de recursos y decíamos hace un rato que lamentablemente tenemos que admitir que, a pesar de lo que se ha avanzado, los resultados distan de ser los requeridos; el hospital con su carácter de público y gratuito reúne todas las condiciones adversas para la facturación de sus prestaciones; las obras sociales prefieren no formalizar convenios que la puedan atar a obligaciones si éstas son obvias; el paciente, por temor a complicaciones administrativas o económicas, tiende a ocultar su pertenencia a una obra social; el personal administrativo no insiste demasiado en establecer la cobertura que de todos modos no es imprescindible para la dispensación del servicio;

el hospital no puede cortar los servicios por falta de pago, los profesionales muchas veces son poco proclives a llenar papelería, etcétera. Quiero dar en este sentido dos datos que me parecen son significativos. El Hospital Garrahan –y esto me lo transmitió personalmente el doctor Alberto Dalbó– brinda servicios de alta complejidad, servicios caros, tiene realmente serios problemas de financiación, ellos necesitan que se pongan de acuerdo dos mitades para financiarse porque tienen financiación nacional y municipal, de manera que el tema de la seguridad social para ellos es extremadamente caro y entonces han simplificado al máximo una simple planilla para que el beneficiario de la obra social no tenga que llenar ningún papel que le provoque trastorno ni ir a la obra social, a pesar de todo han conseguido magros resultados y ellos calculan, tampoco lo pueden medir exactamente que no deben estar captando más del 40 por ciento de los cubiertos por obras sociales. Lo otro que quería marcarles es lo que el mismo señor Barrionuevo pone en los considerandos de su resolución 213; a tal punto que nosotros si bien decimos que no es por obcecación pero exigimos el porcentaje de financiación proveniente de las obras sociales nacionales, vamos a acogernos a esta resolución 213; hemos presentado todas las planillas que se nos han condicionado y por otro lado, hemos tratado de transmitirlo no en forma directa porque no hemos podido comunicarnos con él pero sí está en conocimiento y de ahí la obtención de estos subsidios para Ingeniero Jacobacci y El Bolsón, la cantidad de efectores únicos que tenemos en la provincia de Río Negro y un ejemplo palmario es el caso de Ingeniero Jacobacci con todos los empleados ferroviarios donde evidentemente se los atiende y no se les puede facturar, o se factura pero las obras sociales nacionales no pagan, de manera que son muchos los intentos y es una preocupación muy grande el hecho de este subsidio invertido que se ha hecho desde el hospital público a la seguridad social y este es un tema que preocupa absolutamente a todos los responsables de salud de las provincias.

SR. FRANCO – Correcto, señor ministro, su análisis, lo que le pregunto también es si el Consejo Provincial de Salud Pública –porque son datos que a nosotros los legisladores nos importaría mucho tener– no ha hecho una evaluación de cuál puede llegar a ser ese costo, cuál es, como le decía recién, el monto de esa transferencia de recursos financieros, es decir, ¿no han esbozado un cálculo aproximado de ese monto?

SR. MINISTRO (Sarandría) – El cálculo sería no difícil de sacar en función, de cómo se han repartido históricamente las poblaciones en cuanto a la demanda de servicios, la provincia de Río Negro se puede dividir simplificando la cosa en tres tercios. Un tercio que es habitual cliente del hospital público, un tercio que demanda servicios que es empleado del Estado y por lo tanto está cubierto por la obra social provincial y un tercio cubierto por las obras sociales nacionales.

Si nosotros usáramos la matemática pura diríamos, este tercio cubierto por las obras sociales nacionales es el que se ha volcado al hospital público, de todas maneras eso no es exactamente así, repasando estadísticas no siempre se ve a que se den en una forma tan lineal pero aproximadamente diríamos que el hospital público está en este momento soportando una demanda que estaría en un 30 por ciento más que la histórica. En materia de costos esto seguramente va a ser determinado a los fines de la solicitud de subsidios al AMSAL.

SR. FRANCO – Correcto, señor ministro. Respecto a otro tema que usted también tocó que es el de la capacitación del personal de enfermería, en 1987 los índices daban un 14 por ciento de profesionales y un 86 por ciento de auxiliares, respecto a esto el Plan de la Organización Mundial de la Salud, usted lo conoce, aconseja invertir estos términos en un 70 por ciento de profesionales y un 30 por ciento de auxiliares la pregunta concreta es, cómo se viene avanzando para revertir esta situación o qué se ha hecho para revertirla.

SR. MINISTRO (Sarandria) – Dividiría en dos partes la pregunta, una es la captación de personal de enfermería formado en otras latitudes, en ese sentido tenemos ahora licenciadas en enfermería, una de las cuales está cursando la diplomatura en salud pública en la Escuela de Salud Pública de la nación y la otra es la formación propia.

Nosotros decíamos hoy que el sector de la enfermería es un sector en crisis, más allá de nuestra frontera nacional, recordará el señor legislador que hace tres o cuatro semanas Italia pedía por el diario enfermeras con, obviamente, excelentes sueldos comparados con los nuestros. Nosotros dijimos en la exposición que la Escuela de Enfermería de Allen, creada en el '85, era un intento válido, de ninguna manera llena todos los requerimientos que tenemos en ese sentido porque cuando hablamos de la cultura de la enfermedad y el modelo hegemónico también sabemos –yo lo he apreciado en adolescentes preuniversitarias que me consultaban sobre las posibilidades de estudiar medicina- que el estudio serio de la enfermería a nivel profesional es tan complejo como estudiar medicina y el prestigio que en la sociedad argentina, y posiblemente en otras sociedades que yo no conozco pero tienen el mismo problema, el médico con respecto a la enfermería desestimula el estudio de la enfermería universitaria, de manera que esto sigue siendo un problema para la provincia de Río Negro, para el país y posiblemente para el mundo; nuestros intentos son tratar de atraer personal de otras provincias y formar nuestras profesionales.

SR. FRANCO – Dado la respuesta que usted me da de traer personal de otras provincias ¿Se han producido incorporaciones? Porque creo que con los niveles salariales que tenemos es muy difícil incorporar personal de otras provincias que tienen niveles salariales más altos.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Cuando me refiero al personal de otras provincias, no me refiere a las provincias limítrofes sino al personal formado, por ejemplo, en la ciudad de Córdoba; recuerdo en este momento dos casos, pero sé que hay más, de licenciadas en enfermería recibidas en escuelas de Córdoba, más allá de los problemas salariales que son cíclicos y hubo momentos en que la provincia de Río Negro era muy atractiva en materia salarial, la demanda que tienen la escuelas superiores de enfermería universitarias es siempre baja.

Si nosotros leemos el libro "Salud y Acción Social", del doctor Aldo Neri, ya nos decía, que en el año 80/81 era significativa la cantidad de vacantes que no se ocupaban dentro de las aspirantes a estudiar enfermería profesional en la Escuela de Salud Pública dependiente de la Universidad de Buenos Aires. De todas maneras, en la provincia de Río Negro hemos captado 11 enfermeras profesionales que se incorporaron en mayo del 89 hasta ahora y 6 de ellas en los últimos 3 meses, quiere decir que algo verán en la provincia para venir a instalarse en nuestro sistema de salud pública.

Señor presidente: La doctora Cabrera me solicita, con su venia, hacer algún aporte a lo que dije.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra la doctora Cabrera.

SRA. CABRERA – Nuestra escuela de enfermería brinda además la posibilidad, por ser interés del Consejo y entendiendo que existe escasez de interesados, de capacitar a nuestro propio personal, o sea auxiliares de enfermería con secundario completo son becados para cursar los tres años de carrera en nuestra escuela y volver luego como enfermeras profesionales a sus hospitales de origen. Quisiera agregar que hay una dificultad en el funcionamiento de las escuelas de enfermería a nivel nacional y que es, como decía el señor ministro, que realmente no es interesante, ya que está apoyada en una currícula obsoleta que ha sido reconocida en las últimas reuniones de directores de recursos humanos de todas las provincias y se encuentra en confección una nueva que posiblemente va a servir para incrementar el ingreso.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Por el momento no voy a hacer más preguntas, voy a continuar después que lo hagan otros legisladores.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Quiero recordar una cosa. Existen en la interpelación los puntos específicamente enumerados por los señores legisladores, les rogaría, en función de las varias horas que lleva la interpelación, que por favor se atengan al cuestionario redactado en el escrito.

Tiene la palabra el señor legislador Pichetto.

SR. PICHETTO – No me voy a ir del cuestionario y le pido amablemente que compute por secretaría mi tiempo de media hora de preguntas, no computándose el tiempo de respuestas del señor ministro.

Dos preguntas globales, señor ministro, para después luego sí pasar a preguntas más particularizadas que hacen a la realidad de la salud en la costa atlántica y en los parajes rurales, para terminar finalmente con algunos temas puntuales que hacen a la obra social del IPROSS.

La primer pregunta de carácter general, más que todo de contenido filosófico, señor ministro, es que se hablaba de la humanización de la atención y entre los objetivos del plan, ésta estaba ligada indefectiblemente a la satisfacción creciente de los trabajadores de la salud pública ¿Usted considera que se ha cumplimentado este objetivo básico del plan del 13 de julio de 1988?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Yo diría que ha sido fluctuante, todo depende qué consideramos satisfacción creciente del trabajador de la salud, que es uno de los objetivos de ninguna manera diría que ha sido totalmente cumplimentada.

Hay una importante fluctuación a nivel salarial producto de la situación general que evidentemente ha conspirado con esa satisfacción creciente del trabajador de la salud y del trabajador en general, no vivimos en una isla, y la situación salarial de la provincia tiene que ver con su economía y su economía con la economía general.

En cuanto al decir que es fluctuante y reconocer que en algunos momentos el trabajador de la salud estuvo realmente satisfecho, es que en enero de 1989, donde la remuneración era importante el pase de médicos, la solicitud de médicos y otros profesionales al régimen de dedicación exclusiva fue masivo, importante, así que entendemos que en ese momento se sentían bien trabajando únicamente en el hospital público. Es distinto a veces por la conformación cultural, que es lo que provoca mayor satisfacción en uno u otro sector profesional que requiere a veces elementos que la provincia puede darle y otras veces no; la capacitación, si bien nadie ha tenido impedimento para capacitarse en lo que ha querido, desde el punto de vista de la política del Consejo, se ha inducido en los temas que hacían a la política de esta institución; desde el punto de vista de la capacitación del personal no profesional, nosotros somos testigos que la misma ha existido implementada desde el Consejo a sectores de menores recursos a quienes hemos llevado en esa propuesta nuestra política; yo he estado personalmente en una reciente y masiva reunión de trabajadores de base del sistema de la provincia en San Carlos de Bariloche, de agentes sanitarios, y si bien ellos exponían todas las dificultades a las que a diario deben someterse para trabajar en un medio que es difícil –muchos de ellos eran de medios rurales- paradójicamente el tema salarial casi prácticamente no surgía, quiere decir que para contestar en síntesis, si yo le dijera que todo el mundo está chocho de la vida por trabajar en el sistema de salud de la provincia, estaría faltando a la verdad pero no a toda la verdad; hay muchos trabajadores de la salud conformes de trabajar en el sistema de salud de la provincia de Río Negro.

SR. PICHETTO – Señor ministro: Me hubiera gustado que asumiera esto con una mayor cuota de sinceridad porque lo considero una persona honesta, que trabaja mucho, pero creo que se soslayó el tema principal que es la política salarial, causa de grande reclamos en Río Negro. La segunda pregunta es de carácter general...

SR. MINISTRO (Sarandría) – Señor legislador, yo decía que cuando enunciamos en el plan de salud la satisfacción creciente, no lo relacionábamos solamente con la política salarial, yo no soslayo la política salarial, de ninguna manera, pensé que la pregunta estaba dirigida en otro sentido; cuando nosotros hablamos de política salarial tenemos que hablar de cómo repartimos lo que hay, no si tenemos mucho o tenemos poco, entonces los acontecimientos que son del dominio público en cuanto a los problemas salariales que existen en el sector salud no los quiero soslayar de ninguna manera, nos han hecho revisar un poco como se reparte la masa salarial dentro del Poder Ejecutivo, porque nosotros no podemos dictar la política salarial ni del Legislativo ni del Judicial. Dentro del Poder Ejecutivo, si vemos el gráfico tenemos que por debajo de las autoridades superiores, el primer peldaño a mayo de 1990 del costo por agente está dado por el personal de la ley 1904; quiero agregar a esto que en el mes de junio se le ha sumado una recomposición en la retribución por guardia que cambia diametralmente el sentido de lo que se pagaba hasta el mes de mayo como horas extras; esta es una decisión provisoria hasta que se implemente la ley, pero esta no va a tener demasiadas diferencias a menos que la consulta a las bases lo considere contraproducente,

y durante el mes de junio, decimos, se ha cambiado la manera, en vez de trabajar con el criterio de la hora extra se trabaja con el sistema de puntos que logra tres objetivos fundamentales: Primero, como la guardia es un elemento importante dentro del salario global del médico, tanto full time como de dedicación parcial, por un lado aumentamos el ingreso pero por otro lado solucionamos una vieja injusticia dada por la legislación que era que, cuando se tomaba para pagar la hora el básico del sueldo del médico que hacía guardia, la guardia del médico que no era de dedicación exclusiva valía menos que la guardia del médico de dedicación exclusiva; segundo punto entonces, hemos uniformado el pago de las guardias, de manera que ahora vale lo mismo la guardia de un médico que del otro y en tercer lugar, una vieja aspiración de los técnicos y profesionales, que es hacer una diferenciación entre el pago por el día hábil y el pago por sábados, días no laborables, domingos y feriados, de manera que se estableció en un número de puntos que nos da, al mes de junio, una retribución de 200 mil australes para el día hábil, de 280 mil australes para la guardia –y estoy refiriéndome a la guardia del médico o profesión equivalente- de 280 mil para los días sábado y de 360 mil australes para el día domingo. O sea que creemos que es un avance importante, no por supuesto en términos óptimos.

Si comparamos nuestros salarios con lo que ganan en países desarrollados, son directamente dos dimensiones. Con respecto a las provincias vecinas de las que tanto se habla, también son fluctuantes; la provincia de Chubut al día 5 de enero de 1989 tenía todos los hospitales en conflicto por problemas salariales, mágicamente sube sus salarios en una proporción que asusta al mismo gobernador y en ese momento tuvimos un pico muy parecido al actual, mucha gente comparaba con Chubut y amenazaba con emigrar para allá. En este momento y hasta hace unos días –ahora sabemos que hay una nueva recomposición- ellos habían quedado un 30 por ciento por atrás nuestro y entonces ahora comparamos con Neuquen, que aparte de ser una provincia distinta, con particularidades propias y también con ingresos distintos, en este momento efectivamente está pagando más que la provincia de Río Negro. También podemos comparar con otras provincias, por ejemplo, con Salta donde el full time está más o menos en el 50 por ciento de lo que se gana en la provincia de Río Negro. Quiere decir que el aspecto salarial de ninguna manera lo queremos soslayar, señor legislador, nos preocupa y muchísimo y nos preocupa en la medida de querer ser lo más equitativos posible porque, como usted verá, se está haciendo un esfuerzo muy grande para pagar, aunque a ojo de los propios interesados por supuesto esto no es suficiente.

SR. PICHETTO – Una pregunta que está referida al tema de la descentralización, señor ministro, que fue esbozado. Personalmente percibo no solamente el abandono del discurso de la descentralización sino también en los hechos concretos con algunas ideas buenas que se habían realizado a través de los consejos locales y zonales, como esquemas de descentralización. Esto creo que ha sido dejado de lado a partir de septiembre del año pasado y creo que obedece a una razón totalmente exógena que ha sido el resultado electoral de septiembre del '89, atento a que la descentralización planteaba la participación vital del municipio en esos consejos. Si esta no es la causa, me gustaría que me contestara cuáles son las que han determinado una postergación en el avance de la descentralización que, como bien observamos en la respuesta de la doctora Norma Cabrera, se apuntaba como logro únicamente el tema de la descentralización de compras.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Le puedo asegurar al señor legislador, al cual también me une un gran respeto, que de ninguna manera los que estamos ahora a cargo, ya sea del Ministro o del Consejo Provincial de Salud Pública, podemos tener motivaciones tan mezquinas como para abandonar un objetivo solamente por un resultado electoral. Si bien es cierto que algunos avances en este sentido parecen ahora como que están quietos o incluso se retroceden, tienen mucho más que ver con la coyuntura económica, tienen mucho más que ver con el poder de compras que a veces se tiene en nivel central, para hacer una determinada compra mayoritaria y obtener mejores precios en el mercado que está realmente desquiciado como es el de medicamentos, falta voluntad para hacer esa descentralización.

Con respecto al funcionamiento de los consejos zonales y hospitalarios intervienen una serie de variables, como decía hace un momento, la participación no es algo decretable, es difícil, es motivo casi de una especialidad en muchos estudiosos del tema, hay hospitales en donde el Consejo hospitalario de la comunidad funciona muy bien en localidades tal vez más pequeñas donde hay un mayor estímulo participativo, donde el director de hospital está imbuido de esta filosofía de la participación y hay hospitales donde desgraciadamente los consejos no funcionan o porque hay dificultades en citarlos o porque realmente no han logrado un *modus operandi* adecuado. De todas maneras quiero dejar claro, nosotros no estamos satisfechos con lo logrado en participación y descentralización, tenemos una imagen objetiva hacia la cual tendemos y estoy seguro que no lo vamos a lograr solamente desde el sector salud. Un poco contradiciendo lo escuchado en el recinto nosotros recorreremos mucho la provincia y tenemos un especial contacto con los señores intendentes de todas las localidades usted mismo lo ha reconocido hace muy poco en mi despacho, entonces, de ninguna manera a nosotros nos cuesta hablar estos temas, lo que pasa es que hay veces que la participación es difícil para todos y sino fíjese en la Línea Sur, en la conformación de los consejos de emergencia, es decir, la participación no es un mecanismo fácil, no porque no lo sepamos hacer los argentinos, no porque no estemos habituados, es simplemente un mecanismo que requiere tiempo, que requiere limar asperezas, requiere llegar a coincidencias mayores en pos de objetivos comunes, pero de ninguna manera quisiera que se interpretara como el resultado adverso de una elección.

SR. PICHETTO – Vamos ahora a particularizar en la zona sanitaria atlántica comenzando por la zona de San Antonio Oeste y quisiéramos, doctor Sarandría, que nos aclarara algunos interrogantes que no son míos sino de los ciudadanos de esa población.

Usted seguramente conoce lo anacrónico del Hospital de San Antonio Oeste con carencias de camas para internación para una población que tiene 12 mil habitantes y que aumenta notablemente en la temporada estival con la presencia de turismo en Las Grutas. La pregunta concreta es si sabe usted que la provincia es propietaria de una importante fracción de terreno lindante con el viejo Hospital de San Antonio Oeste.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, estamos en conocimiento.

SR. PICHETTO – La segunda pregunta con relación a este tema es ¿Porqué por una razón funcional, no se priorizó la construcción de las salas de internación y nuevos quirófanos en dichos terrenos para propender a la centralización de la atención de la salud pública en San Antonio Oeste y en cambio se decidió la compra de instalaciones del sanatorio San Matías distante a dos cuadras del hospital?

SR. MINISTRO (Sarandria) – La construcción de nuevas instalaciones reconociendo la necesidad sanitaria existente en San Antonio Oeste, requeriría de un tiempo realmente importante y de una inversión que habría que hacerla en un tiempo mucho más rápido de la opción que se eligió.

Coincidiendo con el diagnóstico que usted hace del Hospital de San Antonio Oeste, el cierre de las dos clínicas, el hecho de que el Instituto Ferroviano hasta hace muy poco no tenía intenciones o tenía problemas para hacer convenio con el hospital público, hizo que nosotros no compráramos nada sino que no despreciáramos la posibilidad de la adquisición de un edificio que había sido utilizado como sanatorio y que reunía algunas condiciones como para ser transformado e incorporado al sistema de salud pública; esas condiciones eran que su diseño no era incompatible con un hospital, con una planta de internación, que era ampliable, que el costo era razonable, que tenía un equipamiento también a un costo muy inferior para poder equipar con elementos similares una nueva construcción, de manera que lo que se hizo fue evaluar este proyecto y firmar un acta de intención en función de todo lo que acabamos de decir.

Por algún error de información la opinión pública percibe la compra de un edificio que era virtualmente imposible porque no había pasado por los trámites que la ley de contabilidad tiene previstos, es decir, no tenía la aprobación de la Contraloría ni el decreto firmado, de manera que en este momento el expediente se encuentra en Contraloría, con todas las observaciones que previamente se hicieron, a la espera del dictamen de si es o no favorable para la provincia la adquisición de ese inmueble, de la opinión de Contraloría surgirá o no la posibilidad de que la provincia pueda hacerse de ese inmueble que realmente daría una solución rápida y que cuenta con el visto bueno de la comunidad de San Antonio. Hemos recibido notas firmadas por más de tres mil personas y de los propios trabajadores del Hospital de San Antonio e incluso ellos mismos diseñaron la forma de trabajar en esta nueva instalación en caso de que pudiera llegar a adquirirse. En este nuevo edificio entran 38 camas, tiene un quirófano, una sala de partos, incluso creemos que en un futuro una ciudad como San Antonio, con todas las características que tiene como pueblo de crecimiento rionegrino, el puerto, ALPAT, el centro turístico, etcétera, va a necesitar de esto y posiblemente de más.

SR. PICHETTO – Señor ministro: Usted deberá reconocer que en este tema, desde la oposición –y además ha tenido trascendencia pública- de ninguna manera nosotros hemos hecho una valoración de conductas, ni hemos hecho calificación alguna sobre los vendedores ni sobre el rol que ha cumplido Salud Pública ni la provincia, hemos pedido transparencia y es quizá su presencia en este recinto la que puede ayudar a dar esa transparencia a esta gestión que se viene realizando que, como bien usted afirmó, todavía no se ha llevado a cabo.

Con relación a esta eventual operación que pueda realizar Salud Pública y teniendo en cuenta algunas fallas de tipo formal, lo que lo voy a pedir al señor ministro, si me puede contestar por qué no se estableció una debida evaluación del instrumental del sanatorio, que esté firmado o suscripto por firmas del rubro para determinar un valor real, teniendo en cuenta además, el valor que tiene depreciado por el uso o sea la amortización del instrumento y para tener realmente como valorización, a los fines de llevar adelante la operación y la valuación final.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Esa valoración, según me consta, fue hecha en su momento.

SR. PRESIDENTE (Verani) – La contestación a juicio de la presidencia depende de su buena voluntad, usted no está obligado administrativamente a saber las ventajas o desventajas de una operación que no está dentro de su función.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No me voy a referir a las ventajas o desventajas, señor presidente, porque excede mis humildes atribuciones.

SR. PICHETTO – Es cierto lo que usted afirma, señor presidente, de ninguna manera la pregunta va dirigida a que el señor ministro haga una evaluación sobre la factibilidad de la operación, pero creo que como responsable del Área de Salud Pública el tema instrumental hace a un elemento que debe ser valorado debidamente por dicha área.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Vine acá realmente con el espíritu de la interpelación así que, más allá de mi buena voluntad, creo que debo brindar toda la información de la cual dispongo. Se hizo en su momento la valuación por tres firmas de Buenos Aires, obviamente es muy difícil evaluar una cantidad muy grande de material donde a veces algunos son pequeños, es difícil calcular la amortización, pero en general y dentro de nuestra humilde capacidad de análisis, y en ese sentido comparando con los mismos productos aún con la depreciación o amortización necesaria, parecía altamente conveniente. Hubo luego algún problema en la actualización porque este es un país muy difícil para actualizar costos y se utilizaron índices previamente acordados. De todas maneras, en este momento y ante una observación de la Contraloría, ha respondido puntualmente con cada una de las valuaciones que la Contraloría ha solicitado.

SR. PICHETTO – Con respecto a estos interrogantes, tengo conocimiento del expediente y en principio la valuación del instrumental estaba hecho en hojas sin membrete y sin especificación de las firmas proveedoras; me alegro que se haya subsanado este error formal.

Con respecto a si existe o no partida prevista por Salud Pública para la eventual adquisición, atento a que esta operación encierra una diferencia a pagar a los titulares de dicho sanatorio ¿Está prevista en la partida anual del presupuesto?

SR. MINISTRO (Sarandria) – Sí, está prevista y por eso le decía que de no haber existido esta opción nos hubiera sido sumamente difícil el poder construir algo de similares características en el predio que usted mencionaba al lado del hospital. Fíjese que acá esto se hace, creo que con 29 pagos sin interés, donde se va amortizando y tengo en mis manos los créditos presupuestarios consolidados donde está precisamente, dentro de las partidas para el Consejo de Salud Pública, la partida para esta cuestión, así que está a su disposición.

SR. PICHETTO – Por qué no se efectuó en el trámite del expediente un informe técnico del área arquitecta de Salud Pública ya que sabemos que funciona dentro de Salud Pública,

o sea, un uniforme técnico que valorara debidamente el estado de la construcción, su conservación actual, el estado de los techos que, según expresiones del legislador Carlos Oliva, de San Antonio, deben ser reparados. En fin, creo que en una operación de esta magnitud en donde se compensaban créditos largamente morosos de los titulares del inmueble y que se pagaba encima un importe por la diferencia, me parece que debería haber habido un informe técnico del sector del Área de Salud Pública.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Precisamente el informe que se presentó fue del área de infraestructura hospitalaria y quien lo redactó hizo una evaluación del inmueble en base a parámetros standard; una de las observaciones de Contraloría, que ha sido subsanada actualmente es que no le bastaba el informe de arquitectura hospitalaria y nos pedía el informe del Ministerio de Obras Públicas o actual Secretaría de Infraestructura para el Desarrollo Social, hecho que se cumplimentó. De todas maneras coincidimos en que en la evaluación hecha el primer interrogante que nos surgió fue ¿Esto sirve o no sirve para Salud Pública? Eso fue lo primero que dijimos y lo que hicimos fue ir con el jefe de arquitectura del Consejo de Salud Pública a evaluar personalmente si servía para cumplir el rol de hospital de alternativa en la localidad de San Antonio Oeste, así que en ese sentido fue lo primero que hicimos pero formalmente no alcanzó. Con respecto al problema de los techos, es problema de todo edificio que supera cierta cantidad de años y en este caso la cantidad de fondos necesarios para la reparación que necesita, para cubrir todo el techo con membrana asfáltica no supera los 15 millones de australes que, dentro del monto de la operación y dentro de los montos de mantenimiento en Salud Pública no es una cifra que incida en el presupuesto global.

SR. PICHETTO – Es relacionado con la nueva Secretaría de Construcciones, ex Ministro de Obras Públicas, tenemos conocimiento de que se ha realizado un informe arquitectónico y de evaluación del metro cuadrado del Sanatorio San Matías, no sé si usted me podrá informar cuál es ese valor del metro cuadrado, si se ha computado la depreciación por el tiempo de construcción que lleva ese inmueble y si se ha comparado en un análisis técnico también del área arquitectura, con respecto a la construcción de las salas de internación y nuevo quirófano en ese predio que yo le comentaba al principio, en mi primer pregunta.

SR. MINISTRO (Sarandría) – La evaluación que ha hecho la Secretaría de infraestructura para el Desarrollo social da al terreno que es de 1250 metros cuadrados una valuación de 100 mil australes por metro cuadrado lo que da un total de 125 millones de australes y al edificio de 930 metros cuadrados, una valuación de 2.500.000 australes por metro cuadrado que con la depreciación que calculo en un 15 por ciento, da una suma total de 1.976.250.000.- La suma de ambos, terreno más edificio asciende a 2.101.250.000 australes.

En general y como un informe global analizando el informe presentado por la Contraloría, el Consejo de Salud Pública ha respondido a cada uno de los puntos observados, la razonabilidad del precio que demostraba que es favorable, por lo menos desde el punto de vista del Consejo, la previsión presupuestaria estaba, y con el informe técnico presentado por la Secretaría de Infraestructura y por el Departamento de Arquitectura del Consejo de Salud Pública, queda demostrada la conveniencia de la operación, tanto por los costos como por la disponibilidad inmediata y la aptitud del inmueble.

SR. PICHETTO – Señor ministro: Tengo el deber de ser sincero con usted, los números evidentemente superan ampliamente lo que es el valor de la construcción hospitalaria de primera y creo que si encontramos un inmueble en San Antonio Oeste con la cantidad de metros que tiene ese sanatorio por ese valor, realmente es muy afortunado el que lo pueda vender.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No estoy en condiciones en este momento de responder a su evaluación, pero supongo que el control previo hará esa observación si lo cree pertinente.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor legislador ¿Tiene algunas otras preguntas? Porque estamos largamente pasado en su tiempo.

SR. PICHETTO – ¿Mi media hora?

SR. PRESIDENTE (Verani) – Sí, señor legislador. Lleva 35 minutos.

SR. PICHETTO – Pero no está computando únicamente las preguntas, señor presidente. Tiene que computar las preguntas. La media hora es mía, no del señor ministro.

SR. PRESIDENTE (Verani) – No lo dice así el reglamento.

SR. NEMIROVSCI – Es como dice el legislador Pichetto.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Muchas gracias, señor legislador Nemirovski por su ayuda. La media hora es por legislador, pero si usted necesita hacer una pregunta más, está bien.

SR. PICHETTO – Señor presidente: Sé de su buena fe, pero es una interpretación lógica del Reglamento. Imagínese que haga una pregunta y el señor ministro se explaye durante media hora ¿Está agotada mi interpelación? Creo que el criterio lógico de interpretación es el otro. Me parece, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Le voy a aclarar una cosa. El criterio de la presidencia con respecto a la media hora es que comprende pregunta y respuesta. No obstante, señor legislador, lo voy a dejar terminar.

SR. PICHETTO – Le agradezco, señor presidente.

Yendo directamente al área de Sierra Grande, me preocupa un tema que estuvo en vigencia, señor ministro y sé que ahora ha quedado revocado por otra resolución. En un momento determinado en el Hospital de Sierra Grande, que estuvo sometido durante muchos años –allá por el 80 también- a una experiencia piloto de apertura o de un sistema de privatización violentando normas que hacen al funcionamiento de la salud pública, considero que usted debe coincidir conmigo que es de carácter indelegable una función exclusiva que debe ejercer el Estado provincial y se permitió mediante una resolución firmada por el ex presidente del Consejo Provincial de Salud Pública doctor Fernández, que médicos privados pertenecientes a la comunidad médica de la citada localidad, no dependientes del hospital público, pudieran realizar en el mismo prestaciones médicas y también intervenciones quirúrgicas, prestaciones ambulatorias, internaciones, en fin, utilizar además de la infraestructura del edificio también el personal de enfermería, anestesistas para las intervenciones, no sé si usted conoce esa situación que se desarrolló en esa localidad.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Usted sabe, como hombre de Sierra Grande, que el hospital nació como un híbrido ¿No es cierto? Era un efector prácticamente propio del Instituto de Obras Sociales en un lugar donde era prácticamente efector único y durante mucho tiempo tuvo un funcionamiento un tanto ambiguo. Este funcionamiento, más allá de las interpretaciones ideológicas que podamos hacer y en la cual seguramente podemos coincidir, de ninguna manera es algo –digamos- original y yo diría una aberrancia de las de las formas de suministrar salud por parte del Estado. Hospital abierto se llama precisamente a esta modalidad que usted tan bien describía, es decir, un hospital donde la infraestructura está puesta por el Estado, donde el personal también, pero se abre a médicos para que realicen sus prestaciones y después pagan un porcentaje por alquiler por esa prestación que realizan y que les da rédito. Es una modalidad que, por ejemplo, está ampliamente difundida en la provincia de Buenos Aires, sin ir más lejos acá en el Hospital de Patagones. De todas maneras ese sistema en Sierra Grande engendró resultados seguramente no deseados y la resolución a la cual usted se refiere fue derogada.

Usted sabe que este hospital fue construido en su momento, creo que en el año 1980, el INOS puso el 70 por ciento, HIPASAM el 15 por ciento y la provincia el 15 por ciento, pero eso dio tal vez motivo a que no se considerara patrimonio de la provincia. De todas maneras, para su tranquilidad esa resolución a la que usted se refiere fue derogada.

SR. PICHETTO – Yo conocía tal derogación pero evidentemente esto configura una excepcionalidad comparado con el resto de la provincia, usted deberá reconocer que es así. Le digo esto porque la preocupación viene con relación a la responsabilidad del Estado y en Sierra Grande ha ocurrido un hecho que realmente es lamentable, donde la muerte de un paciente seguramente va a generar responsabilidades en lo civil emergentes para el Estado provincial, dado que esa intervención quirúrgica donde se manifestó negligencia fehaciente y comprobada atento a que ya hay un dictado de prisión preventiva y autos de procesamiento en el expediente penal de la médica que realizó dicha intervención y que no pertenecía precisamente al hospital público. La pregunta va dirigida a si realmente cuando se estableció la resolución, se ordenó, se solicitó coberturas de seguros por los danos que pudiera ocasionar a terceros en el uso de la actividad médica profesional los médicos no pertenecientes a Salud Pública.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No, no tengo conocimiento y seguramente no es así, no quiero evadir, seguramente no se previó la presencia de contratación de seguros, cuando funcionan los hospitales abiertos en la vecina provincia de Buenos Aires, por ejemplo, el paciente acepta ser intervenido en ese lugar por determinado profesional y la responsabilidad es la que le compete a cada uno. De todas maneras en una interpretación coincidente con la suya en cuanto a que era una situación de excepcionalidad con respecto al resto de los hospitales públicos de la provincia, es que hemos derogado esta resolución.

SR. PICHETTO – A título informativo, en materia de responsabilidad, aquí hay una confusión de la actividad pública con la privada y lamentablemente la confusión existe porque la médica interviniente, la cirujana principal, intervino junto al anestésista de Salud Pública, la enfermera y el médico cirujano ayudante. La responsabilidad aquí se traslada a la provincia lamentablemente; voy a tratar de globalizar para acelerar estas preguntas.

Al conocer la realidad, seguramente usted que ha recorrido los parajes de Arroyo Los Berros, Cona Niyeu y la misma localidad de Valcheta, conoce las tremendas deficiencias que tiene el Hospital Público de Valcheta, un edificio construido por el año 1940, contaminado por el salitre, con fallas que como bien expuso el legislador Franco, en el laboratorio que no les permiten realizar las tareas, que no tiene rayos, en fin toda una serie de deficiencias que creo sería largo enumerar. A mí me gustaría conocer cuáles son los planes que tiene el consejo de Salud Pública para atender la problemática de los parajes, generalmente abandonados, lamentablemente no solamente en esta actividad importante del Estado sino en otras y cuándo se van a complementar porque creo que hay una situación de justicia que merecen los pobladores de esa zona.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Coincidimos con usted, mal estaríamos nosotros hablando de accesibilidad de la salud sino tuviéramos en cuenta estos lugares tan alejados. Nosotros contamos para esto con el recurso de la Ley 48 que se está utilizando en la reparación de los puestos de los parajes y también de la colaboración de la elección de sociedad de fomento que ha colaborado en algunos casos, como por ejemplo, en el puesto sanitario de El Cuy.

Con respecto a estos lugares hay problemas puntuales de Cañerías, de construcciones y estamos en camino de poder solucionar, yo diría, a lo largo de este año, la problemática de todos estos lugares así como cuando estuvimos en Maquinchao nos preocupó el caso del centro periférico de El Cuy.

Junio 27
Aveiro

por ejemplo, en estos momentos se está apoyando con dos órdenes de pago anticipadas de cinco millones de australes al puesto de Cona Niyeu; me decían que el laboratorio de Valcheta, para su complejidad, está a su altura y coincidimos en que necesita una renovación, como en tantos otros lugares, de su aparato de rayos.

Lo que está previsto en el presupuesto es la licitación para equipos de radio diagnóstico para los hospitales cabecera de manera de poder reciclar los distintos aparatos del resto de los hospitales para que los de menor complejidad puedan llegar a tener un aparato acorde con sus necesidades, como lo son los aparatos de muchos hospitales de baja complejidad pero específicamente, no el de Valcheta.

SR. PICHETTO – Quero decirle, doctor Sarandría, que lamento que su información no coincida con la mía en el tema de Valcheta, especialmente en lo que hace al laboratorio y a que hay graves problemas con la cuestión de la hidatidosis y del Chagas porque hay que derivar los estudios a otras zonas y se tarda un tiempo muy importante; le pediría que lo verifique, señor ministro, porque hace a la enfermedad endémica de la zona.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Hoy estábamos hablando que la estrategia de la atención primaria es precisamente el contar con puntas en un lado y en otro, o sea que no voy a tener todos los servicios en todos los lugares al mismo tiempo, hay patologías que en determinados momentos no las podemos tener en todos los lugares y al no ser patologías agudas se derivan a otros hospitales para hacer las determinaciones; en la medida que se van simplificando los métodos de diagnóstico los vamos incorporando a los hospitales pero en esto tenemos que seguir estrictamente el costo del beneficio y cuando decíamos que el laboratorio está bien para su complejidad, decíamos que estaba bien para atender un determinado nivel de patologías.

SR. PICHETTO – Dos preguntas puntuales con relación al rol de un subsector que hace también a la política de salud, que es la obra social del IPROSS, porque entre esta obra social y la salud pública prácticamente estamos atendiendo cerca del 80 por ciento de la población de Río Negro, así que yo la considero altamente importante, una pregunta que está relacionada con parte de su exposición, que escuché atentamente, y que apunta a una falla de carácter administrativo ¿Cuál es el porcentaje que percibe el IPROSS por prestaciones realizadas por Salud Pública? Porque los convenios están firmados, existe la posibilidad de cobro por parte de Salud Pública y yo tengo números y porcentajes muy bajos que, de ser mayores, seguramente ayudarían a solucionar la crisis del hospital público; no sé si me puede contestar este tema.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, casualmente tengo a mi lado al presidente del IPROSS que me lo acaba de decir, es muy bajo, coincide con su información, nada más que el 2 por ciento de los gastos del IPROSS está representados por Salud Pública, creo que a esto confluyen todas las causas que estuvimos previamente aclarando, inconvenientes en la facturación del hospital público, yo creo que de persistir estos inconvenientes que le aclaro, y por su intermedio a todos los legisladores, son inconvenientes que tienen todas las provincias,

evidentemente, habrá que idear, como decíamos al finalizar la exposición, alguna otra forma de cobrarle, por así decir, a las obras sociales los servicios que el hospital público les brinde. Esto es algo que está siendo analizado – recién es un embrión- con los distintos financiadores de la salud, y como decía hace un rato, no quiero decir lo mismo dos veces. Por ahí las cifras parecen grandes, aquí me acotan que la facturación de marzo a junio al IPROSS ha sido de 100 millones de australes, al lado de las cifras que usted ha visto que se mueven esto es poco y nosotros no excluimos al IPROSS cuando decimos que hay una solidaridad invertida; así que estas son algunas de las preocupaciones grandes que tenemos los responsables de las áreas en todas las provincias del país.

SR. PICHETTO – No sé si usted coincidirá conmigo, señor ministro, que hay también un problema de administración, falta quizá de una definición política más contundente en la temática de la captación de recursos, no solamente del IPROSS, sino también de obras sociales privadas, del hospital público, y no creo que esté asumido o concientizado claramente, por los administradores esta decisión política ¿No sé qué opina?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí usted recuerda volví a leer las concausas que hacen que la facturación no tenga el resultado esperado y acabo de decir que es una preocupación constante de nosotros, que recorremos la provincia, que hablamos con los administradores, ya que una de las primeras preguntas – aunque a veces parezca que uno esté demasiado preocupado con la financiación, pero quien no esté preocupado por la financiación no está preocupado por la salud- ¿Cuando uno llega al hospital es cómo andamos de facturación? Aparte tenemos una dirección de obras sociales cuyo director recorre la provincia de punta a punta y realmente los resultados no son alentadores, depende de la motivación individual que en el trabajo tengan los distintos empleados que están afectados a esto; la decisión política está, lo que se ha hecho es una difusión pública importante que en algún momento hasta ha entrado en colisión con otro subsector, pero evidentemente por alguna cosa, hasta diría una limitación legislativa, como por ejemplo, la falta de estímulo directo en este sentido, hace que el sistema deba ser revaluado.

SR. PICHETTO – Señor ministro: ¿Usted tiene conocimiento que la Compañía Aseguradora Provincial, antes el IAPS ahora Compañía Horizonte, que es la compañía de seguros del Estado Provincial cumple con el aporte del 50 por ciento de sus utilidades a la obra social provincial, de acuerdo a como lo establece el artículo 13 inciso j) de la 868?

SR. MINISTRO (Sarandría) – No tengo conocimiento.

SR. PICHETTO – Gracias.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Señor ministro: Ante la pregunta del señor legislador Pichetto de la compra del sanatorio en San Antonio, usted expresó, si no me equivoco y si lo hago le pido por favor que me corrija ¿Qué está en revisión la operación? ¿Fueron estas sus expresiones?

SR. MINISTRO (Sarandría) – No sé si fue exactamente esa mi revisión, sino dije que está siguiendo las instancias que debe seguir un trámite de esta característica, o sea el expediente fue previamente aprobado por Fiscalía y con la partida presupuestaria prevista fue a Contraloría, control previo hace sus observaciones ninguna de ellas de demasiada profundidad y es nuevamente devuelto a Contraloría con los informes por ella solicitados que están al alcance de nuestro ministerio y estamos a la espera de su dictamen.

SR. FRANCO – Ante su respuesta voy a hacerle dos preguntas. En primer lugar usted dice que el expediente siguió un trámite normal. Hubo dos funcionarios de Salud Pública, la señora presidenta del Consejo que manifestó a los medios de comunicación el día 10 de mayo que el Consejo de Salud Pública había adquirido ya el establecimiento con lo que se incorporaban 900 metros cuadrados de infraestructura y casi 30 camas por un lado, y hubo una actuación por parte del presidente de la III Zona Sanitaria, doctor Hugo García, el director del nosocomio de San Antonio, doctor Benjamín Neumivakin y además personal de patrimonio del organismo provincial que, según las declaraciones, primero tomaron lo que se llamaría posesión del edificio, recibieron según esa noticia periodística las instalaciones, las recorrieron, realizaron la inspección general del patrimonio declarado, posteriormente el presidente de la zona sanitaria hizo entrega de las llaves al director del nosocomio local, quien será el nuevo responsable de las instalaciones; esto a su vez está avalado por una declaración del legislador Oliva que confirma esta operación declarando su conformidad por haberse concretado la misma. Ante su respuesta que pienso es la correcta, le pregunto al señor ministro qué medidas ha adoptado el ministerio a su cargo para determinar las responsabilidades por el accionar tanto del presidente de la zona sanitaria específicamente, dado que esto genera un riesgo judicial para la provincia, acá se pueden generar acciones, la provincia ha tomado posesión del establecimiento según las noticias periodísticas...

SR. PRESIDENTE (Verani) – ¿Me permite, señor legislador?

La Legislatura de la Provincia de Río Negro resuelve: Artículo 1º.- Llamar al recinto al señor ministro de Asuntos Sociales y al Presidente del Consejo Provincial de Salud Pública a fin de que informe sobre los siguientes temas: 1º - Medidas implementadas por el Ministerio de Asuntos Sociales y el Consejo Provincial de Salud Pública para paliar el estado de emergencia social en Río Negro. 2º - Acerca de los programas de hidatidosis, materno infantil y de atención primaria implementados por el Consejo Provincial y sobre los mecanismos de evaluación de resultados que disponga el organismo. 3º - El rol del hospital público en el marco provincial como reaseguro de la salud frente a la crisis de las obras sociales. 4º - Lineamientos y fundamentos de la reformulación de la ley 1904 que está preparando el Ejecutivo Provincial.

Estoy esforzándome para saber qué tiene que ver la opinión del señor ministro sobre las consecuencias judiciales de lo que pudo haber interpretado el periodismo de lo que dijo la presidenta del Consejo de Salud.

SR. FRANCO – Señor presidente: En primer lugar le preguntó al señor ministro, usted puede dirigir el debate; en segundo lugar sobre este mismo tema se explayó el legislador que me precedió en el uso de la palabra y en tercer lugar esto está dentro del temario.

SR. PRESIDENTE (Verani) – A juicio de la presidencia esto no está dentro del temario que usted mismo firmó como autor, está es la interpretación que hace la presidencia.

SR. FRANCO – Sí, señor presidente, está dentro del temario si no, no le hubiese permitido al señor legislador Pichetto preguntar sobre el tema, además creo que la adquisición...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Usted sabe bien que su insistencia no es legislativamente exacta.

SR. FRANCO – Señor presidente, lo que quiero determinar es qué medidas...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Usted lo que quiere determinar es que el ministro diga lo que usted quiera.

SR. FRANCO – Si me permite voy a formularle la pregunta de otra manera.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor ministro: La presidencia entiende que la pregunta no debe de formularse, si usted quiere contestar está en libertad de hacerlo.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, señor presidente.

SR. FRANCO – La pregunta concreta, señor ministro, es si el ministerio a su cargo ha adoptado algún tipo de medidas por el accionar del señor presidente de la III Zona Sanitaria que no condice con lo que usted ha expresado acá con lo que usted ha expresado acá con respecto al estudio de la compra de este sanatorio.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Acá creo que hay que distinguir entre dos hechos claros; uno, son los hechos constatables y de los cuales me hago cargo y traemos documentación que ponemos a disposición; todo lo que estamos diciendo acá tiene un correlato en documentos que ponemos a disposición de los señores interesados.

Con respecto a las declaraciones periodísticas que pueda haber habido y que no se correlacionan, puedan ser –no me consta- tanto errores de interpretación de quien hizo las declaraciones como de quien las tomó. Por lo tanto no me parece que existiera dolo o alguna intención aviesa, ni muchísimo menos, como está juzgando consciente o subconscientemente el legislador, algo policial. La información de que dispongo es que el periodista que interrogó al doctor García lo hizo antes de ir al edificio y que lo único que iba a hacer el doctor García era una evaluación patrimonial. Nosotros hemos destacado en este caso que esto ha sido sometido a una evaluación permanente y le puedo asegurar, señor legislador, que después de la repercusión que tuvo en todo sentido este problema, esto ha sido evaluado en una profundidad realmente importante, de ninguna manera es una cosa tomada a la ligera, así que no pienso tomar medidas por si alguien hizo alguna declaración periodística desafortunada y de ninguna manera hemos infringido la ley ni nos hemos ido a ocupar de algo que no era nuestro. La evaluación era parte del trabajo encomendado al doctor García.

SR. FRANCO – Le agradezco la aclaración, señor ministro, porque del artículo periodístico surgía mi duda. De allí la pregunta sobre si se había tomado o no posesión y en caso del hecho, qué medidas se había adoptado.

Usted, recién refiriéndose al tema dijo que elevó a Contraloría General el expediente con la afectación presupuestaria para la operación. Creo haber escuchado que la operación rondaba los 2.300 millones, o una cifra cercana, le pregunto en qué partida o programa del Presupuesto 1990 están los datos que usted expresa haber elevado a la Contraloría de la Provincia.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor ministro: Le aclaro que el presupuesto hace exactamente 16 días que entró a la Legislatura y es obligación del legislador que pregunta, conocerlo, así que si usted quiere conteste, de lo contrario pude no hacerlo.

Vamos a ponernos de acuerdo porque sino pareciera que estoy enojado con alguien cuando hay preguntas, a mi juicio, de mala fe.

SR. FRANCO – Pido la palabra.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Le voy a dar la palabra después que hable el señor ministro.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Con toda honestidad, usted ve que hay una voluntad manifiesta para responder absolutamente a todos los interrogantes, pero tengo limitaciones técnicas como para poder entender el consolidado presupuestario. Por lo tanto, como usted dice, lo invito a leerlo, está enumerado por páginas y está dentro de las reservas presupuestarias hechas por el Consejo Provincial de Salud Pública.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Si quiere le puede alcanzar copia al señor legislador, no vaya a ser que desconfíe de que sea así.

SR. MINISTRO (Sarandría) – La pongo a su disposición para cuando termine la interpelación.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – En primer lugar el presupuesto que ingresó a esta Legislatura a nuestro bloque no llegó y si tenemos el presupuesto es por una gentileza de la Comisión de Presupuesto y Hacienda que nos ha facilitado el original para poder estudiar este tema.

SR. PRESIDENTE (Verani) – ¿Su bloque no pertenece a la Comisión de Presupuesto y Hacienda?

SR. FRANCO – No, señor presidente, pero tiene derecho a leer el Presupuesto como cualquier otro bloque de esta Legislatura.

En segundo lugar, leí el Presupuesto, después de un largo esfuerzo en conseguirlo...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Mañana se lo mando encuadernado si quiere.

SR. FRANCO – Gracias, señor presidente, es usted muy gentil, como leí el Presupuesto, del mismo no surge la afectación de la partida por lo menos en forma clara y expresa, por eso mismo le he hecho la pregunta al señor ministro y espero, como he visto que ha traído un montón de asesores, pueda especificarme claramente en qué partida y en qué programa está el Presupuesto. Le aclaro, señor ministro, porque veo que tiene alguna duda, leí el Presupuesto y en Salud hay asignados 145 mil millones de los cuales 103 mil son gastos de personal y 30 mil son para bienes y servicios, es decir, 133 mil millones de gastos corrientes, sólo le quedan 12 mil millones para inversiones administrativas y de capital, que tampoco es así porque se prevé que de esos 12 mil millones, 8 mil serán créditos de proveedores, o sea que nos quedan nada más que 4 mil millones en total para inversión. Lo que le pregunto es si dentro de esos 4 mil está los 2.300.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Señor ministro puede contestar pero les quiero aclarar –y todos sabemos- que como es en cuota no es así, no va todo el valor incluido...

SR. MINISTRO (Sarandría) – No, por supuesto, entendí que esa era la idea del señor legislador.

-Hablan simultáneamente
varios señores legisladores.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Como partida principal 09, Bienes Preexistentes por un monto de 2.460 millones de australes.

SR. CILIBERTO – Me permite una interrupción, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Tiene la palabra el señor legislador Ciliberto.

SR. CILIBERTO – Quiero hacer una exhortación, señor presidente, porque yo no se cuál es su objetivo si hacer reír al público...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Yo no entiendo cuál es el objetivo de la oposición.

SR. CILIBERTO – Discúlpeme, yo estoy hablando, usted dirija el debate pero cíñase a las formas por lo menos, porque siempre se ha merecido presidir esto, hoy está hecho un patotero y yo creo que no va a lograr nada bueno.

-(Aplausos en la barra)

SR. PRESIDENTE (Verani) – Sabe lo que pasa, la diferencia es que yo no me dejo atropellar por patoteros.

SR. CILIBERTO – ¿Me permite el derecho a réplica, señor presidente?

SR. PRESIDENTE (Verani) – No, ya no.

SR. CILIBERTO – Lo que pasa es que queremos sacar algo en limpio.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Lo que pasa es que ustedes no quieren sacar algo en limpio, lo que quieren es obligarle a contestar al señor ministro lo que ustedes quieren.

SR. CILIBERTO – Le pedí la palabra y esperé respetuosamente pero no me banco más que usted nos grite y nos rete como si fuéramos chicos.

SR. PRESIDENTE (Verani) – A usted no lo reté, ya le va a tocar el turno.

SR. FRANCO – Señor ministro: Me imagino que usted, lógicamente como maneja un Presupuesto tan reducido para Bienes y Servicios, habrá analizado profundamente si se realizaba o no esta operación en virtud de que lo exiguo del Presupuesto hace que cada peso que se invierta tenga que ser sumamente muy bien invertido; porque se nos plantea una pregunta, una pregunta que también la plantean las observaciones de Contraloría a las que usted calificó de endebles o algo así, no recuerdo bien la palabra. Lo que le pregunto en definitiva es cuál es el beneficio en australes para la provincia de esta operación frente a la alternativa que tenía la provincia de ejecutar al moroso y compensar el crédito y quedarse con el sanatorio.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Esto no compete a mi cartera.

7 - CUARTO INTERMEDIO

SR. PRESIDENTE (Verani) – Invito a la Cámara a pasar a cuarto intermedio y a los presidentes de bloque a acercarse al estrado de esta presidencia.

-Eran las 23 horas.

CONTINÚA LA SESIÓN

-Siendo las 23 y 10 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Verani) - Continúa la sesión.

Tiene la palabra el señor legislador Ciliberto.

SR. CILIBERTO – Creo que a partir de la exposición del señor ministro, que hemos seguido atentamente y que nos ha enriquecido en una cantidad de temas, corresponde decir que la mayoría de los criterios son compartibles desde lo que es la enunciación al criterio político, pero tenemos diferencias que justamente se relacionan con la ejecución de los enunciados políticos. Antes de empezar con las preguntas haría una pequeñísima digresión referente al uso de las estadísticas, porque tal vez las que vimos no coinciden puntualmente con algunas de las que disponemos, por ejemplo de la zona de Viedma, y que puede obedecer a que el mecanismo de recepción de estadísticas está en la base cuestionado, porque se toma sobre la población que concurre a los servicios y no sobre el total de la población, no sé si es clara la diferencia que estoy marcando, una cosa es el porcentaje de enfermos de cualquier tipo sobre el total de la población y otra cosa son los que realmente se detectan porque realmente han concurrido al servicio. Sabemos que en estos tiempos hay muchísima gente que no concurre, no sé si atribuirlo a causas de ignorancia, de dificultades de acceso sociales en general, dificultades de acercarse, prejuicios por la vestimenta, cosas que todos conocemos y que les pediría obviemos no entrar en detalles. Compartiendo el criterio que lo importante es el tema de la prevención en salud, porque muchas veces nosotros hablamos de salud y en realidad estamos hablando de enfermedad, nos estamos refiriendo al funcionamiento de los hospitales, de periféricos, de fármacos y no concretamente a la salud de la población.

En el tema de la prevención –que obviamente es compartible y creo que por todos, porque allí está la acción principal del Estado, nosotros notamos algunas incoherencias entre el discurso y la realidad, por ejemplo, en el tema de los desnutridos y en el tema de la discriminación negativa que se hace en el aspecto salarial de gente que trabaja en programas concretamente de prevención de la salud y que no perciben un plus que otros agentes del servicio de salud sí perciben, esto evidentemente es una incoherencia flagrante.

Pero yendo al tema estadísticas, y muy rápidamente para no molestar a la audiencia, hoy se hablaba de los barrios periféricos de Viedma y de los problemas de desnutrición que tienen nuestros niños, también de los índices de recuperación y en el barrio Lavalle, el periférico Mi Bandera tienen actualmente 125 niños desnutridos y hay un índice de recuperación y acá disiento con una cifra que se vertió- del 33 por ciento y que llega al 27 por ciento, pero que es atribuido a que en este barrio funciona un Centro de Estimulación Temprana, que da alimentos a los chicos, entonces hay una superposición de tareas que me parece muy positiva que concurre a la resolución de este problema, pero así y todo el porcentaje más alto de recuperación de Viedma es del 27 por ciento. En el barrio 20 de junio hay 19 desnutridos, en el barrio Guido 41, en el barrio IPPV 29 niños desnutridos, en el barrio Santa Clara 28 niños, etcétera; aproximadamente en Viedma hay como

mínimo detectados 250 niños desnutridos, estas son estadísticas buscadas directamente de los centros periféricos.

Creo que cuando hablamos de los programas de prevención y de las políticas a poner en marcha tenemos una diferencia básica entre lo que son los recursos y los discursos, yo quiero enfatizar este tema porque hace un momento al señor ministro decía que nos toca administrar lo que tenemos, o sea, del porcentaje de la torta del Presupuesto Provincial, algo es destinada a salud y a partir de eso se hace una distribución secundaria, yo creo que no es tan así, creo que hay que pelear los presupuestos, que en un gabinete cada ministro tiene en claro que es lo que necesita por eso plantea un monto global y lo pelea, esto tal vez es lo que nos está haciendo falta en la sociedad rionegrina, sincerar un debate donde cuando digamos que la salud es prioridad ejecutemos en consecuencia porque si en momentos de crisis esos temas se agudizan, también hay que enfatizar y agudizar las discusiones para que lo que es prioritario realmente se efectivice después en políticas concretas sobre todo las financieras. Yo le pediría al señor ministro o a la doctora Cabrera que por favor me digan qué porcentaje del total general del Presupuesto Provincial se destinó a salud y qué porcentaje se destina este año.

SR. MINISTRO (Sarandría) – En primer lugar quisiera expresar mi alegría por la coincidencia en las políticas y en la ejecución que tenemos con el legislador preopinante porque esto es muy importante en función de cualquier contingencia electoral que pueda haber en la Provincia, el saber que vamos a contar con la continuidad política que privilegie la prevención por sobre otros aspectos en el área de la salud, pero contestando concretamente la pregunta, nosotros hace un rato mostramos cuál era el porcentaje año por año del presupuesto en salud con respecto al presupuesto global; yo diría que está bien peleado porque tenemos arriba del 18,5 por ciento de las Rentas Generales y este año le hemos agregado a eso los programas prioritarios que seguramente van a ser debatidos en esta Cámara y si bien yo cometería una falacia si le diera una cifra exacta, me atrevo a asegurar que con los programas prioritarios el monto destinado al porcentaje del presupuesto global destinado a salud va a superar el 20 por ciento, lo que nos pone entre las provincias con mayor gasto en salud. Realmente lo referido por el legislador sobre la lucha presupuestaria es algo que se da y que creo se obtiene resultados; podemos diferir en algún momento en la forma en que después se reparte ese presupuesto acordado.

SR. CILIBERTO – El preguntar nuevamente por el presupuesto destinado y el año pasado y éste, no tenía otro sentido que refrescar los números para que todos pudiéramos ver algo que pretendo mostrar.

Usted dice que próximamente se va a llegar a superar el 20 por ciento este año, nosotros estuvimos analizando el presupuesto presentado para aprobación en la Legislatura y sumando dentro de lo que es finalidad 3 – Salud, todos los ítems groseramente como para hacerlos comprensibles, podríamos decir que destinados directamente al Consejo Provincial de Salud Pública es el 10 por ciento, a la Secretaría de Infraestructura de Desarrollo Social el 1,7 por ciento, al Departamento Provincial de Aguas para lo que es obras sanitarias el 5,6 por ciento y para el Ministerio de Recursos Naturales, que tiene una Subsecretaría de Medio Ambiente que se ocupa de saneamiento ambiental, vegetación y suelos, el 0,1 por ciento.

Creo que vamos a coincidir señor ministro, que lo efectivamente destinado a esto que nosotros estamos llamando la salud, los mecanismo de prevención que son los prioritarios, etcétera, son los porcentajes directamente destinados al Consejo Provincial y aquellos otros que tienen que ver con el saneamiento ambiental, por ejemplo, la potabilización de agua que también es una media preventiva;

Esto no llega ni de lejos al 20 por ciento; no quisiera hacer la cuenta aquí en el aire pero no pasa del 14 ó 15 por ciento...

SR. MINISTRO (Sarandría) – ¿Usted tiene en cuenta la masa salarial?

SR. CILIBERTO – Esto es recursos totales para el sector, está incluido allí. Hay un 71 por ciento por ejemplo, que va al Consejo Provincial de Salud Pública, a personal. Lo tengo en cuenta.

Entonces le decía, por ejemplo, que aparece en el ítem Infraestructura para el Desarrollo Social –y le pido que por favor, ya que ésta es la pregunta, me haga la aclaración correspondiente un detalle de: Reparación y ampliación de edificios de sanidad, 100 millones; planta baja del Hospital de Villa Regina, 10 millones; ampliación Hospital de General Roca, 4.700 millones; Hospital de Bariloche, 1.900 millones; Choele Choel, 13.800 millones; centros periféricos, 655 millones cada uno de tres que se proyectan (Lipetrén, Aguada de Guerra y Futa Ruin); pero aparece también curiosamente acá y esto es lo que no logro discernir, la Escuela Barrio Usina de El Bolsón y 15 viviendas industrializadas para docentes, presupuestadas respectivamente en 400 millones y 867 millones, dentro del presupuesto destinado a salud.

Entonces hay dos inconvenientes: Uno es incluir cosas que se me ocurre tienen que ver con el sector educación, como la escuela ésta o viviendas industrializadas que no sé donde la podríamos ubicar pero no en salud y por otro lado los montos, porque si el centro periférico de Lipetrén, Aguada de Guerra y Futa Ruin, cada uno sale 655 millones, cómo puede ser que 15 viviendas salgan 800 millones. Hay algo acá que no tiene mucha claridad.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Con respecto al porcentaje global de salud me asombra, realmente no me he tomado el trabajo suyo porque si veníamos utilizando arriba del 18 por ciento del presupuesto y ahora le hemos agregado los programas prioritarios, obviamente tendría que subir y no bajar. Creo que debe haber algún error en la interpretación, seguramente en algunos gastos que a posteriori vamos a poder dirimir. En cuanto a los costos, los periféricos, que es el tema que yo puedo manejar y que usted ha mencionado, se encuentra dentro de aquellos licitados con financiación privada y evidentemente que se haya incluido dentro del gasto en salud la construcción de algunas viviendas y una escuela debe ser algún error de transcripción, porque obviamente está fuera de mi área.

SR. CILIBERTO – Señor ministro: Seguiremos con el tema de prevención porque esto fue una digresión como para mostrar mi perspectiva y le propongo que a posteriori tengamos alguna charla para aclarar esta cuestión, porque el presupuesto de este año para salud es menor que el del año pasado –repito– desde mi perspectiva.

Volviendo al tema de la prevención, me podría decir, por favor ¿Qué porcentaje del presupuesto de salud se destina a programas de prevención específicamente, por ejemplo, maternidad e infancia, tuberculosis, hidatidosis, vacunaciones, etcétera?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Hasta ahora los programas no tienen presupuesto propio, en la medida que nos venimos manejando con presupuesto prorrogado, antaño estos programas eran nacionales y se canalizaban a través del PAS –Programa Asistido en Salud- del cual usted sabe que luego se fue retirando la contraparte provincial para la construcción del Hospital BID que de alguna manera vamos a tener que reclamarle a la Nación en caso de que no se construya. Con respecto al porcentaje de los programas, no es un porcentaje fijo sino que hasta ahora se venían destinando por partidas para los distintos rubros, ya sea comprimidos para desparasitación canina, como el caso de hidatidosis o leche en el caso del programa materno infantil.

SR. CILIBERTO – La siguiente, señor ministro ¿Cuáles eran las coberturas en vacunación en el año '85 y cuáles han sido en 1989?

Esta es una repregunta, porque ustedes nos mostraron unos gráficos que aparentemente no registran los baches que hubieron en la provisión de vacunas el año pasado, entonces es a los fines de que no nos queden dudas si estas estadísticas, tal vez, se diluyen en el tiempo o si ustedes tienen registrado que el año pasado, 1989, hubo deficiencias en la provisión de vacunas a los hospitales, o sea que hubo una interrupción por lo menos de dos meses y los niñitos que nacieron en ese período no tuvieron la cobertura necesaria.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Mientras me buscan la información por usted solicitada, aprovecho para decir un par de cosas referidas a lo que mencionó el legislador Ciliberto. En cuanto a lo que usted hablaba hoy como lo que no nos llega, que técnicamente se lo denomina demanda insatisfecha, eso lo tenemos en cuenta y ese es uno de los roles de los agentes sanitarios, que es precisamente ir a buscar los problemas e ir a buscar aquellos porcentajes que por Hache o por Be no pueden llegar hacia el centro de salud; la forma inversa son las visitas programadas a los parajes alejados donde poblaciones más o menos nucleadas van la semana pasada en una jornada de descentralización el señor Henry Yudual, delegado de la Organización Panamericana de la Salud en la Argentina. Me preguntó cómo hacen ustedes para tener las cifras de cobertura de vacunación que tienen y no se refería solamente a este año. Yo le explicaba, como una de las tantas respuestas, que precisamente era ir a buscar a los chicos para vacunarlos, lo que permitía precisamente aumentar la cobertura, mecanismo por otro lado del cual no somos originales y que compartimos con las vecinas provincias patagónicas que ¡oh! Casualidad, son las que nos acompañan en los primeros lugares en cobertura de vacunación.

Aquí tengo las cifras de dosis de vacunas aplicadas: De BCG, por ejemplo, en el año 1985 se aplicaron 24.230 dosis; en el año 1986, 25.139; en el año 1987, 149, estaba bien informado usted, en el año 1988, 19.758 y faltó vacuna BCG en el país, usted sabe que se importan y se canalizan por programa nacional y en 1989, 27.230. En Sabin, esas cifras se mantienen –no quiero cansarlo con números- prácticamente en el año 1985, 66 mil y pico de dosis y después seguimos con 58, 58, 56, 58, no faltó Saín. De Triple, no hubo falta y va en cifras crecientes, 45, 45, 52, 49, 54 mil; Antisarampionosa, que es con la que suele haber problemas, 17.900 en el año 1985; 17.500 en el año 1986; 11.600 en el año 1987; 11.800 en el año 1988 y 13.352 en el año 1989; esto no siempre se traduce en cobertura.

En el año '87 de BCG hubo un 82,86 por ciento de cobertura, en el '88, 96,86 por ciento y en el año '89 del cien por ciento, seguramente esto tiene que ver con la obligatoriedad que tiene la vacuna BCG para anotar a los chicos; con Sabín se repiten prácticamente las mismas cifras; con Triple '87, 81 y ciento y pico por ciento y Antisarampionosa 79,9; 86 y 96 por ciento. Es cierto, hubo períodos en que faltaron vacunas a nivel nacional pero, salvo en el caso de sarampión, no tuvo trascendencia en la cobertura de vacunación de la provincia.

SR. CILIBERTO – Se comprenderá entonces por qué hacía énfasis en el tema prevención y particularmente en el de la tuberculosis porque aparentemente –y le pediría que me lo confirme si es así, esa es la variación que ha habido en el tratamiento de pacientes tuberculosos en los '85, '88, '89.

SRA. CABRERA – En lo que hace tuberculostáticos, estos medicamentos fueron tradicionalmente provistos por nación pero esta provisión comienza a ser irregular a partir de 1987 donde ya la provincia comienza a realizar compras importantes. En 1989 la compra de tuberculostáticos se realiza como los otros medicamentos, en forma descentralizada adquiriéndose a nivel zonal pero hubo problemas, se sumó la falta de oferentes y el alto costo, por ejemplo, la Rifampicina. Lepetit pasó largos períodos sin presentarse a licitaciones, dentro de esa situación la provisión fue irregular según las zonas y según la suerte de los intentos de compra. La Pirazinamida que es otra droga básica del tratamiento, faltó durante casi todo el año 1989, recién a principios del año 90 ofertantes. En nivel central, a fines del '89, se hizo una compra donde se incluyeron tuberculostáticos y en 1990 ya hemos realizado una nueva compra, incluso es un de los rubros que hemos vuelto a centralizar a efectos de garantizar una mejor provisión. La situación fue distinta en cada hospital, dependiendo un poco de las priorizaciones que se hicieron a nivel de cada área o zona, por ejemplo, en el Hospital de Viedma no existieron faltas importantes o por períodos muy prolongados, salvo los dependientes del desabastecimiento general que hubo de pirazinamidas.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Quisiera agregar como una información adicional que la Rifampicina es un tuberculostático monopolizado por un laboratorio; como este momento son notorias las presiones que están haciendo los laboratorios internacionales, sobre todo los norteamericanos, en cuanto a la modificación de leyes de patente, quiero dejar bien sentado qué pasaría si se cambian las leyes de patente y las drogas más importantes pasan a ser monopolizadas por uno o dos laboratorios extranjeros; creo que esto es importante, este es un tema que hace a la salud, es un tema sobre el que tenemos que estar todos concientizados y hacer toda la presión posible porque al gobierno nacional le están imponiendo algo que seguramente no está en su voluntad ceder; el ejemplo de la Rifampicina es un ejemplo claro, es una droga esencial para el tratamiento de la tuberculosis y de la cual tiene monopolio el laboratorio Lepetit.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Ciliberto.

SR. CILIBERTO – En realidad preguntó cuáles eran los pacientes tuberculosos bajo tratamiento años '85 y '88, y si no estoy muy confundido a esta altura del debate, se me ha contestado que hay mucha dificultad para conseguir los tuberculostáticos. Por eso yo quiero decirle que tengo aquí fotos de una importante cantidad de tuberculostáticos entre otros medicamentos que se han vencido en el Hospital de Allen, las fotos, de hace un mes atrás, nos muestran que la ambulancia tira el carrito cuando los van a enterrar, esto hablaría en contra de esta dificultad de conseguir tuberculostáticos, porque si los tenemos y se nos vencen no entiendo cómo es este asunto de las multinacionales, del monopolio, etcétera. Conozco el problema de las multinacionales y creo que todos los argentinos también, pero pienso que tal vez con una mejor coordinación de los recursos que disponemos o sea una mejor distribución por un lado, no se vencerían en los lugares donde no se utilizan y por otro lado estaríamos dándole tratamiento a pacientes que no han podido acceder a él por falta de tuberculostáticos.

Si usted quiere hacer alguna aclaración, como no.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Señor legislador: Le solicito formalmente las pruebas que usted tiene, porque en este momento ordeno a la presidente del Consejo de Salud Pública, iniciar sumario por la denuncia pública que ha hecho por vencimiento de tuberculostáticos en el Hospital de Allen, tema del cual no tenemos información y de haberla tenido un mes atrás seguramente ya estaría iniciado el sumario correspondiente.

Respondiendo concretamente a la pregunta, en el año 1985 teníamos 238 casos detectados, en el año '86, 178; en el '87, 148; en el '88, 252 y en el '89, 267 pacientes bajo tratamiento.

SRA. CABRERA – Quisiera aclarar que en una visita que realizó hace unos meses al Hospital de Allen la Administradora del Consejo de Salud Pública, fue puesta en conocimiento de que habían recibido de Neuquen –creo que específicamente del Hospital Bouquet Roldán que de cualquier manera es algo a confirmar y que va a surgir en este sumario que me acaban de solicitar que inicie- una serie de medicamentos tuberculostáticos ya que existe intercambio entre las provincias y nosotros hemos entregado también medicamentos a hospitales de Neuquen. Decía que los medicamentos fueron entregados a Allen sobre la fecha de vencimiento o sea que lo que planteó incluso el personal de Allen en ese momento a la señora coordinadora de administración, era la imposibilidad de usarlos, ya que estaban en parte vencidos y en parte con fecha de vencimiento muy inmediato y como el tratamiento de tuberculosis no se puede acelerar, porque tiene un ciclo, no se iban a poder utilizar. Supongo que se refiere a esto, de cualquier forma lo vamos a averiguar.

SR. CILIBERTO – Quiero aclarar que no nos referimos al mismo caso, porque evidentemente esto está en el depósito de un sótano hace más de un año, de todas maneras se me ocurre, que si se reciben remedios vencidos se devuelven o no se aceptan, pero no se entierran.

Siguiendo con las preguntas ¿Cuánto tiempo han estado sin cubrir los cargos de jefes de programas de inmunización, jefes de programas de tuberculosis, epidemiología, etcétera? Que también tiene que ver con esto de la prevención de la salud y con la organización del servicio.

SRA. CABRERA – Hemos estado un tiempo, de hecho ha habido una unificación, en este momento nosotros tenemos un Departamento de Epidemiología e Inmunoprevenibles ya que pensamos que no debe haber un representante por cada programa y por cada situación en particular sino que merece un tratamiento más integral. Es cierto que el Departamento de Epidemiología estuvo descubierto durante bastante tiempo, no porque no buscáramos interesados, hemos buscado dentro y fuera de la provincia pero lamentablemente estuvo cubierto por un corto período por una profesional que luego renunció y se trasladó a otra provincia y recientemente hemos vuelto a cubrir la jefatura del departamento pero realmente tuvimos dificultades.

SR. CILIBERTO – Olvidaba aclarar con respecto a la pregunta anterior –y creo que viene al caso por eso me permito volver atrás- que según estimaciones que hicimos, que pueden tener todo el margen de error que ustedes quieran porque fue hecha en comercios minoristas, en farmacias minoristas, la cantidad de elementos que se perdieron en el Hospital de Allen asciende a un valor entre 80 y 100 millones de australes; lo quiero decir porque a veces ante la escasez de recursos sufrimos graves dificultades pero con los escasos recursos que tenemos mejor administrados podemos conseguir mejores resultados.

Siempre siguiendo con el tema de los programas y la prevención de la salud ¿Cuáles subzonas de salud ambiental carecen de personal que las atiendan? A ver si coincidimos en la información.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No entiendo la pregunta, no tenemos divisiones en subzonas ¿Por qué no nos dice cuál es su interés?

SR. CILIBERTO – Tenemos información de que hay lugares de la provincia donde no hay personal trabajando en el tema de salud ambiental, por ejemplo en Villa Regina, en Allen, en Sierra Colorada, en Los Menucos y algún otro.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Hay tres laboratorios en la provincia, en Cinco Saltos, Villa Regina, Bariloche; en Viedma hay supervisores de salud ambiental, en las distintas zonas sanitarias y dentro de las zonas sanitarias en distintos ámbitos; por supuesto que no hay un supervisor que viva permanentemente en Sierra Colorada, pero los otros lugares que usted menciona hay supervisores de salud ambiental, que es uno de los programas que se cumple con mayor cobertura.

SRA. CABRERA – Quisiera agregar que si bien salud ambiental está incorporada, por supuesto, es una acción fundamental dentro de salud pública lo que no significa que debemos tener un agente exclusivo de salud ambiental en cada una de las localidades; esto significaría una hipertrofia de la planta que por el contrario estamos intentando corregir. Las acciones de saneamiento básico se realizan sin necesidad de que exista un responsable o un agente designado exclusivamente para salud ambiental en un lugar como Sierra Colorada, sin duda estaría desaprovechado; de cualquier manera esta localidad está cubierta por Valcheta, así como Jacobacci cubre Los Menucos para un mejor aprovechamiento del recurso; todas esas localidades incluso han sido visitadas recientemente por los jefes de programas y dentro de las acciones de las estrategias de atención primaria de la salud que según los informes del mismo director de Río Colorado se llevan adelante correctamente, en su área incluyen acciones de saneamiento básico.

SR. CILIBERTO – Tenemos una diferencia de criterios porque esta presunta hipertrofia de la planta no sería tal o por lo menos no se le podría considerar tal si es que el agente designado cumple una función válida y se me ocurre a mí,

sin ser médico ni especialista, ni mucho menos médico sanitaria o algo por el estilo, que en estos programas un agente que trabaje en el tema chagas o hidatidosis en la Línea Sur estaría más que aprovechado y no sería una hipertrofia de la planta, pero de todas maneras...

SRA. CABRERA – Lo hace el agente sanitario.

SR. CILIBERTO – Claro, pero esto sería una función específica. No sé, si otros lugares de la provincia se merecen una atención en particular por qué no la merece Los Menucos o Sierra Colorada donde el problema de chagas e hidatidosis es realmente prioritario.

SRA. CABRERA – No sólo lo hacen los agentes sanitarios dentro de nuestro equipo sino que lo hacen los docentes de la zona sur, quienes colaboran tanto en la parte de educación para la salud como en la parte de extracción de muestras y eso habla de un trabajo intersectorial y de aprovechamiento de recursos.

SR. MINISTRO (Sarandría) – De todas maneras para tranquilidad del señor legislador la salud ambiental está distribuida con sus trabajadores a lo largo de toda la provincia. En Villa Regina se reemplazó recientemente por una designación interina en la IV Zona Sanitaria, por una licencia del titular del departamento Salud Ambiental y se tramita por la comisión de Legislatura su reemplazo y la cobertura se realiza con criterio de razonabilidad por zona sanitaria, ya que son coordinaciones zonales con normatización y control de gestión de los jefes de departamento a nivel central.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Disculpenme, pero a fuerza de ser reiterativo, a esto no le veo relación con las preguntas que hacen a la interpelación. Estamos discutiendo la metodología, si les parece bien a uno o a otro.

SR. CILIBERTO – Señor presidente: Dejamos este tema en particular que me parecía importante como para señalar porque hemos hablado muchas veces de armonizar la justicia, de distribuirla equitativamente y por eso pensaba que hablar de la Línea Sur y de sus problemas específicos tenía que ver. De todas maneras creo que está ya debatido el tema.

Pasaré entonces a un tema que tiene una vigencia reciente, el famoso veto a la ley que sancionamos a fines de mayo en esta Legislatura; el veto justamente eliminaría el artículo 1º de la ley que de alguna forma obligaba al uso de material descartable para la realización de tratamientos parenterales y extracción de sangre. Dicen los considerandos que, de acuerdo a los informes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, se recomienda el uso de material descartable para la extracción de sangre, hemoterapia y laboratorio, pero que para tratamientos parenterales en cambio pueden utilizarse elementos reutilizables, reesterilizables sin riesgo. Pero casualmente en el articulado que se veta se establece la obligatoriedad del uso de material descartable para extracción de sangre, que es lo que en los considerandos dice la Organización Mundial y la Panamericana, que recomiendan el uso de material descartable.

Por un lado señalo esta contradicción y quiero saber si el señor ministro lo comparte y por el otro, porque –reitero- sin ser un especialista en el tema pero mucho creo que hemos aprendido todos por la difusión de la temática del SIDA, el peligro está cuando se introduce algo al cuerpo humano, no cuando se extrae, por la extracción de sangre, cuando se hace un tratamiento parenteral, tengo entendido que incluir, incorporar al organismo alguna sustancia es cuando efectivamente se corre el serio riesgo de incorporar algún tipo de virus, infección, bacteria u hongo, lo que fuese, entonces es este veto, que aparece desde lo técnico como erróneo, quisiera saber si el ministro ha tenido participación, si comparte los criterios o si por el contrario se ha deslizado algún error.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, hemos tenido participación y compartimos los criterios del veto y hay razones técnicas que nos han llevado a eso. Para profundizar el tema, solicito que la doctora Cabrera amplíe el informe.

SRA. CABRERA – La vigencia plena de ese artículo, o sea, la obligación de material descartable se refiere no sólo a la extracción sino a todo tratamiento parenteral, o sea, plantea que todo inyectable en la práctica pública, privada, hospitales, periféricos, debería realizarse con material descartable. Si uno pregunta ¿Está de acuerdo? Claro que uno está de acuerdo, estaría de acuerdo, pero hay una realidad que es la misma que maneja la OMS y la OPS o varias realidades a analizar, una es la condición necesaria para un correcto tratamiento de los materiales que se desechan que, si son simplemente desechados son igualmente contaminatorios. Otro es que el virus del Sida es un virus termolavel y se destruye por métodos químicos como es agua lavandina. El uso de jeringas descartables en los laboratorios, hay muchos hospitales donde se está utilizando jeringas descartables desde hace mucho tiempo, atenta fundamentalmente a que en la serie de extracciones que se realizan no vuelvan a reutilizarse esos elementos con nuevos pacientes y por eso se acentúa la protección; mientras que en los tratamientos parenterales aislados que se realizan existe perfectamente la posibilidad de reesterilizar correctamente el material de vidrio que es perfectamente apto para su reutilización. En esto sí coincide la OMS, coincide la OPS y coincidimos nosotros; creemos que hay áreas donde es deseable que se utilice predominantemente material descartable pero generalizarlo no creemos que sea necesario.

SR. CILIBERTO – Pretendí señalar dos contradicciones en la pregunta. La primera porque justamente lo que recomendaba la Organización Mundial y la Panamericana era que en la extracción de sangre se hiciera uso del material descartable, cosa que se vea en la ley y por otra parte el criterio general que usted está expresando de que el virus del Sida es termolavel, además por métodos químicos se lo puede eliminar, pero no nos estamos refiriendo solamente al Sida sino a cualquier tipo de infección que se pueda incorporar al organismo humano a partir de la inoculación de cualquier tipo de sustancia, por eso yo le veía una segunda contradicción a esto y era lo de extracción, se recomienda el material de uso descartable y no en el de inoculación que aparece, prima facie, como un mecanismo de mucho más peligro por la inoculación de cualquier tipo de agente externo o patógeno.

SRA. CABRERA – Con la utilización de las jeringas correctamente esterilizadas no corre ningún riesgo al ser sometidas a tratamientos parenterales, un poco responde a la mecánica de funcionamiento de los laboratorios que en los casos de extracción y demás es preferible desecharlo.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Tiene la palabra el señor Ministro de Asuntos Sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Este tema ha tomado notable notoriedad a raíz de un lugar que se toma como ejemplo de optimización en salud y que sin embargo se descubrió como un problema serio, la reesterilización de material descartable. El riesgo de generalizar en el mundo no desarrollado el sistema de los descartables para todo uso es uno, su reesterilización es siempre más perjudicial que la reesterilización del material de vidrio que no es perjudicial y con las cuales se vienen haciendo tratamientos de antaño. Por otro lado, como bien decía la doctora, los procedimientos de eliminación que todavía no están bien normatizados en Argentina y que pueden llegar a inducir un peligro mayor que su uso, hay quienes sostienen que directamente el material descartable para tratamientos parenterales habría que dejar de usarlos porque trae imperfecciones en la mecánica de las jeringas descartables. Todo aquello que tenga que ver con la sangre, con extracción de sangre en laboratorios, las bolsas de sangre, inyecciones endovenosas, etcétera, debe ser desechado y debe usarse material descartable según las recomendaciones internacionales.

SR. CILIBERTO – Mi siguiente pregunta tenía que ver con el tema de qué sentido le ve el señor ministro a que el personal dependiente del sistema de salud está encuadrado en dos regímenes legales, pero como escuché que en su exposición hablaba de que esto no era beneficioso y que se estaba trabajando para eliminarlo, voy a saltar la pregunta, coincidiendo en que esto surgió un poco ajeno al mismo sistema, se atendieron intereses que poco tenían que ver con el sistema de salud y creo que al poco tiempo de andar se ha demostrado lo erróneo de aquella formulación; a partir de eso sí estamos todos coincidiendo y creo que el gobierno provincial le reconoce la especificidad, particularidad y especialidad de tareas que realiza el trabajador de la salud, reconociendo a tal efecto el invalorable esfuerzo de los agentes del sector, la repercusión social de esta tarea, yo no entiendo por qué entonces se ha seguido una política salarial negativa hacia ellos ya que no es solamente la crisis la que ha afectado la capacidad adquisitiva de los trabajadores de la salud sino, si comparamos muy rápidamente –tengo ante mí unas escalas realizadas, creo que el señor ministro también las tendrá- entre los que han sido los incrementos salariales para parte del sector de salud dependiente de la Ley 1844 y para la otra parte, la dependiente de la 1904, ha habido una diferencia muy importante en detrimento de estos últimos. En 1989 el incremento de sueldo para la Ley 1844 fue del 9010 por ciento, mientras que en el mismo lapso el incremento de sueldos para la Ley 1904 fue del 4232 por ciento, además tenemos que señalar aquí que hay un régimen horario distinto, el personal de la Administración Pública general que se atiene a la normativa 1844 tiene un régimen horario de 35 horas semanales, en tanto que el otro personal tiene un régimen de 40 horas; en lo que hace a la equiparación, la categoría 10 de la 1844 y la 1, de 40 horas, de la Ley 1904 que es lo que tomamos como patrón de comparación, evidentemente ha habido una discriminación negativa hacia el sector y esto contradice flagrantemente lo que venimos diciendo acerca de la prioridad de la salud en Río Negro ya que todos hemos dicho aquí que el recurso prioritario de la salud justamente es el recurso humano, es aquel que pone su esfuerzo, a veces más allá de sus posibilidades, para resolver situaciones como las que hemos atravesado estos últimos tiempos en la provincia, donde valía más el pulmón que la aparatología o valía más el apoyo que se le daba al paciente que el medicamento que se le podía otorgar. Quisiera saber cómo juzga estoy y a qué atribuye que hayan existido estas diferencias salariales negativas hacia un sector tan importante como es el que estamos tocando.

SR. MINISTRO (Sarandria) – Nosotros reconocemos el atraso porcentual en la Ley 1904 al punto de partida de todas las remuneraciones no remunerativas por sumas fijas que se fueron dando a lo largo del año '89 y que, obviamente, acható la pirámide, pero queremos decir dos o tres cosas; primero, que la Ley 1904 no agrupa a todos los trabajadores de la salud, agrupa a los técnicos y profesionales, de manera que debe haber seguramente muchos trabajadores de la salud que no consideran este dato de la misma manera; segundo, que conscientes de esto que usted acaba de decir, en los últimos tres o cuatro meses, cosa que no se pudo hacer este mes,

hubo un aumento diferencial a los dependientes de la Ley 1904 por encima del aumento general del empleado público, que no ha sido suficiente con toda seguridad.

Quería decirle, con respecto a lo que mostramos en un gráfico hace un rato, que si nosotros tomamos el costo promedio por agente la 1904 se encuentra por debajo de los salarios de las autoridades superiores, o sea que son los números uno dentro de las políticas en el Poder Ejecutivo puede dictar, sabemos que no dicta políticas en el Poder Legislativo y en el Poder Judicial. El salario promedio por agente de la 1844, en el sector salud, es de 1.494.000 australes mientras que el de la 1904, 2.881.000 y el costo promedio del agente estatal es de 1.517.000, o sea que si bien coincidimos que no son los salarios que quisiéramos pagar, la priorización en cuanto a lo que se pudo pagar está dada en el sector de la 1904. Por otra parte la recomposición del tema de las guardias, que ya mencioné, es una recomposición importante porque va a contemplar tres cosas fundamentales, una el aumento del sueldo global que se da con todos aquellos médicos que hacen guardia, segundo la diferencia de médico de dedicación parcial y el de dedicación exclusiva o sea vamos a aquello de igual tarea, igual remuneración, y en tercer lugar la diferenciación entre días de semana, sábados y domingos, pagándose una guardia de 180 mil australes, la del sábado de 200 mil australes y la del domingo de 360 mil australes, teniendo en cuenta que el promedio de guardias que se hace son dos en días de semana, una el sábado y otra el domingo. Por mes el redondeo de las cuatro guardias mensuales hace que se logre un incremento que podrá no ser el deseado, ni por los trabajadores ni por nosotros, pero que es significativo. Y por otro lado queríamos aclarar que la remuneración por trabajo hospitalario hasta ahora lo tenía solamente el trabajador del hospital –no incluía al personal de zonas sanitarias- y los técnicos a nivel central del 35 por ciento; este mes se ha nivelado para todos o sea que el esfuerzo salarial en salud se hace y que no sea suficiente es comparable a que no es suficiente en otras áreas tampoco.

SR. CILIBERTO – A raíz de eso, señor ministro, quiero hacer la aclaración, cuando yo comparo con la 1844, quiero hacer esta salvedad, porque usted dijo que no todos los trabajadores de la salud están comprendido en la 1904 y entonces como que eran menos los damnificados, pero yo creo que los de la 1844 también son damnificados por el nivel salarial, digo que son peor o más danificados los pertenecientes a la rama técnica y profesional, esto producido por las características propia de la ley y la forma de liquidación una desjerarquización evidente, una inversión de la pirámide.

Nosotros en ocasión de visitar al señor gobernador en el mes de abril en compañía de otros legisladores y médicos representantes de los hospitales de la provincia, le hacíamos ver la diferencia, que desconocía el señor gobernador, de la forma de liquidación, porque por ejemplo, cuando se da un aumento del 30 por ciento tanto a los dependientes de la 1844 como de la 1904, en el primer caso ésta se multiplica a posteriori por las bonificaciones por zona y por título, cosa que no tienen los trabajadores de la 1904, entonces fue produciendo en el tiempo no solamente los aumentos no remunerativos, sino también esta mecánica que podríamos tildar de perversa, no por la intencionalidad, sino por los resultados que producía; produjo una desjerarquización marcada donde sin ánimo de hacer juicio de valor de status social una mucama ganaba lo mismo o más que un jefe de servicio con evidentemente responsabilidades totalmente distintas.

Esto deteriora el funcionamiento del servicio, no es que provoque solamente consecuencia de status social sino que deteriora el funcionamiento del hospital público.

A partir de este momento y en consonancia con el anuncio que usted hace del pago en principio de lo que correspondería de las horas extras o de las guardias y de la labor que estamos llevando adelante en función de lo que el propio señor gobernador pidió a los legisladores y a la interhospitalaria de reformular la Ley 1904 –y digo que el gobernador nos pidió porque hoy en su exposición usted dijo que había una comisión formada entre el Ejecutivo y el gremio que me parece perfecto, pero también me parecería perfecto que integremos los esfuerzos porque en definitiva ese proyecto va a aterrizar en la Legislatura y vamos a tener que confrontarlo o consensuarlo con el trabajo que se viene haciendo con la mejor de las intenciones y con mucho esfuerzo por parte de los profesionales médicos restándoles horas al descanso para elaborar un proyecto de ley que comprenda todas las necesidades de un sistema, que profile definitivamente una carrera sanitaria para todos los agentes que trabajan en el sistema de salud de la provincia y no como en el presente, para algunos solamente me parece una medida inteligente que no sigamos avanzando por caminos distintos porque como dije, cuando llegue a la Legislatura, si los legisladores estuvimos trabajando en un proyecto de ley, aún con todos los esfuerzos de objetividad, va a ser muy difícil que no nos pese la subjetividad de decir por qué vamos a estar analizando otro proyecto cuando esto se elaboró con los directos interesados y con la participación de los legisladores.

Yo no sé, señor presidente, si me queda tiempo pero voy a tratar de abreviar todo lo posible y saltaré algunas preguntas.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Ya lleva una hora, señor legislador.

SR. CILIBERTO – Le agradezco la elasticidad que ha demostrado conmigo, señor presidente.

A pesar de que alguien describió parcialmente la situación del Hospital de Viedma, quisiera hacer un panorama rápido de algunos de los servicios preguntando por ejemplo, en el tema de clínica quirúrgica o de cirugía, si la autoridad sanitaria de la provincia, el Consejo de Salud Pública, hiciera una inspección seria de las condiciones estructurales y de asepsia de los quirófanos ¿Se los habilitaría realmente? Esta misma pregunta cabe para la responsabilidad de dicho consejo que habilita los quirófanos de las clínicas privadas –que algunos hemos tenido no sé si decir la suerte de conocer- ya que nos preocupa, conociendo el de Viedma, que es lo que pasaba en la órbita privada y ver también de quién es la responsabilidad de que eso estuviera funcionando así; honestamente creo que no pasaría una inspección seria, de todas maneras esta es la opinión de un lego, quisiera saber qué opinan las autoridades, si se hiciera una inspección de habilitación ¿Se lo habilitaría?

SRA. CABRERA – El quirófano del Hospital de Viedma tiene las falencias que tiene el edificio en general, que es una edificación de larga data. Fue valuado creo que el año pasado, se plantearon algunas mejoras de acuerdo a lo actuado por un comité de infecciones y se establecieron algunas mejoras que se realizaron como cambio de algunas cañerías, estableciendo una secuencia para esos cambios, la construcción de un escalón para evitar el ingreso sin la ropa apropiada y otras medidas que no recuerdo pero creo –y esto es un tema que he charlado con cirujanos, algunos que trabajan y otros no, pero que trabajaron y lo conocen- que no han tenido problemas por practicar la cirugía en el quirófano del Hospital de Viedma.

SR. CILIBERTO – En este caso disentimos también profundamente, porque la opinión de los cirujanos de Viedma es contraria totalmente a lo que se ha dicho. Lo dejamos ahí porque hacer alusión a la situación del sótano, a los peligros permanentes de infección, a que se circula por los pasillos con el paciente y se entra directamente a la sala, todo esto creo que lo estamos sabiendo todos y quería ver hasta qué punto se reconocía una situación.

SR. VERANI – Tiene la palabra el señor Ministro de Asuntos Sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Creo que en tren de la honestidad que mutuamente estamos demostrando, pretender que digamos que los hospitales, de hecho es de público y notorio conocimiento y de público y notorio también reconocimiento por parte de las autoridades, son edificios obsoletos que hay que remodelar o en algunos de los casos reemplazar, sería un doble juego. Nosotros de ninguna manera podemos decir que el quirófano del Hospital de Viedma es maravilloso, pero sí puedo decir que, en honor a la realidad sanitaria, muchos quirófanos privados tampoco reúnen todos los requisitos que se tendría que tener para su habilitación. Nosotros dentro de las carencias legislativas que tenemos, tenemos una falta de normatización en cuanto a la habilitación de servicios públicos y privados y como vivimos en este lado del planeta, bien al sur, si tuviéramos una reglamentación demasiado rígida para la habilitación de servicios públicos y privados, realmente nos veríamos con un problema muy grande porque nos quedaríamos con muchísimas clínicas y muchísimos hospitales que no podrían seguir funcionando. Soy consciente que muchas de estas dificultades se solucionan en base al esfuerzo cotidiano de muchos trabajadores que van solucionando estas cosas tomando más precauciones, con medidas recomendadas por los comités de infecciones que se van formando en los hospitales, pero por supuesto que la solución de fondo es la modificación de la infraestructura y es por eso el interés puesto por el señor gobernador en la obtención de un crédito blando –como se dice- de origen español, para reemplazar al Hospital de Viedma por un hospital de nivel 6, muy similar en su característica al proyectado para Cipolletti con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo.

Lo que yo quería dejar en claro es que si hablamos de infraestructura, hay veces que la infraestructura puede ser más linda o más fea, puede tener un sótano al cual se le hace un rociado permanente y que evidentemente no es nada agradable, pero que a veces las normas de funcionamiento que se siguen, el acondicionamiento de la sala de esterilización y las normas de los comités de infecciones, hacen que afortunadamente nuestro promedio de infecciones hospitalarias no sea superior al ámbito privado.

SR. CILIBERTO – Voy a tratar de pasar rápidamente porque de todos los servicios prácticamente tengo algo que apuntar, por ejemplo, en oftalmología, en traumatología, maternidad y ginecología, salud mental, servicio social...

SR. PRESIDENTE (Verani) – ¿Me permite que lo interrumpa?

SR. CILIBERTO – Por eso estoy tratando de abreviar, señor presidente. Sé lo que me va a decir y estoy tratando de hacer eso. Subrayo solamente una situación que me parece...

SR. PRESIDENTE (Verani) – En todos los entredichos que he tenido puse una cuota de buena voluntad, pero si usted en cada pregunta va a hacer una fundamentación como la que está haciendo, vamos a estar toda la noche. Cada pregunta suya es un alegato.

SR. CILIBERTO – Me remito a una sola situación que me parece es la más grave. Discúlpeme, pero es importante el tema del laboratorio así como los problemas de todo el resto del hospital, de falencia, de espacios físicos, de amontonamiento de gente que trabaja en una mesita de 60 centímetros donde se le mezclan las cuestiones del descanso y refrigerio con las muestras para análisis de orina, materia fecal y lo que fuese, en el mismo laboratorio se hacen análisis de SIDA.

El cambalache discepoliano es el laboratorio de Viedma, entonces puedo aceptar de que todo el edificio tiene graves falencias edilicias, los pobladores de Viedma conocen la situación, pero yo digo que hay cosas que no pueden esperar respuestas a años vista, que hay que encontrar soluciones rápidas de alguna forma, rápidamente, que agilicen esto porque estamos sometiendo a un porcentaje de la población a riesgos que me parece son innecesarios y se pueden evitar.

Sé, señor presidente, que a usted le molestan los alegatos pero voy a tratar de hacer una última intervención.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra la doctora Cabrera.

SRA. CABRERA – Es para una pequeña acotación. El área donde se trabaja en la detección del virus de Sida no está junto con ningún otro sector del laboratorio, de hecho los metros cuadrados para las determinaciones y para la complejidad que ha adquirido el Hospital de Viedma para el crecimiento de la población, no ha sido acompañado con un crecimiento del laboratorio, pero no es real que los análisis de Sida se realicen en el mismo lugar que los de sangre, materia fecal, orina, parásitos, etcétera y existe un comedor para personal donde puede obviarse el tener que tomar el refrigerio dentro del lugar de trabajo que reconozco, la superficie es muy poca para la cantidad de profesionales que trabajan y la cantidad de prestaciones que se realizan. Tengo entendido, por información de trabajadores del Hospital de Viedma que estaban evaluando la posibilidad de extender el laboratorio haciendo un reaprovechamiento de espacio físico que es lo que pueden hacer ya que en este momento no está planteada la ampliación.

SR. CILIBERTO – Señor presidente: Yo pretendía no insistir en este tema, quise pasar de largo, pero el laboratorio de Sida es una piecita que da al pasillo donde circula la gente, si esto no tiene riesgo yo no se a qué le podemos llamar riesgoso en la actividad.

SRA. CABRERA – Perdón, usted dijo que se trabajaba en Sida junto con sangre...

SR. CILIBERTO – Yo dije que el laboratorio de Viedma es el gran cambalache discepoliano porque aunque esté separado por un pasillo, en un sector del hospital está todo, hemoterapia, Sida, etcétera, separados por tabiques sí, pero todas las puertas dan al pasillo donde circulan los pacientes, los que van a atenderse al hospital. Creo que esto es claro, no necesita demasiado debate.

SRA. CABRERA – Necesariamente las puertas dan a pasillos...

SR. CILIBERTO – En este caso sería conveniente que no.

SRA. CABRERA – ...pero el bioquímico cuando ingresa al laboratorio se coloca una vestimenta y una protección apropiada no sale con esa misma al pasillo, o sea, sostuve que la cantidad de metros cuadrados es insuficiente y usted había dicho no que era una pequeña habitación que daba al pasillo sino que estaba trabajando todo junto, eso es lo que le comenté, que no era así.

SR. CILIBERTO – Tengo el plano de ese sector del hospital y me gustaría que lo conocieran, si me dan un segundo más.

SRA. CABRERA – Es una pequeña habitación al final.

SR. CILIBERTO – ¿Bueno, estamos coincidiendo que da a un pasillo o no, doctora?

SRA. CABRERA – Da a un pasillo, pero no se trabaja mezclado, Sida con Sangre, orina, materia fecal, etcétera.

SR. CILIBERTO – Dejémoslo como tantos otros criterios que no hemos compartido, para mí éste que es un tema tan específico y de cuidado, tendría que estar en un lugar donde no haya acceso directo del público, que se puede equivocar y entrar en esa piecita angosta y de tres metros de largo.

SRA. CABRERA – Si entra no pasa nada, pero seguramente tratarán de que no se equivoquen.

SR. CILIBERTO – Por eso es que le hacen poner vestimentas especiales a los que trabajan allí.

SR. PRESIDENTE (Verani) – A esta altura de la noche no sé si el interpelado es el ministerio o cada legislador se interpela a sí mismo, porque se pregunta y se contestan.

¿Terminó, señor legislador?

SR. CILIBERTO – Estoy pensando que sí, señor presidente, porque vamos a seguir marcando diferencias que en el fondo yo creo que lo que queríamos hacer notar con la batería de preguntas que preparamos, es que se dicen cosas pero no se hacen las mismas y cuando se discursa de la prevención hay que hacer prevención y cuando se habla que hay que darle recursos y no discursos a la salud es porque es una evidencia. Gracias, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Recién el legislador Ciliberto preguntó sobre el tema del famoso veto de la ley aprobada por la Legislatura hace poco tiempo atrás, la respuesta fue claramente detallada por el señor ministro respecto a las consideraciones que hace la Organización Mundial de la Salud sobre este tema. Yo le preguntaría al señor ministro qué establecimientos hospitalarios de la provincia de Río Negro cumplen con las normas de la Organización Mundial de la Salud para la esterilización.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Puedo contestarle sin temor a equivocarme, que todas las instituciones hospitalarias cumplen con las normas de esterilización de la OMS; nuestra tasa de mortalidad hospitalaria es muy baja –2,9- si nosotros no cumpliéramos con las normas de esterilización tendríamos una epidemia que en ningún momento se ha verificado, incluso cuando en algún momento se sugirió que en algún hospital de la provincia de Río Negro había infección hospitalaria, un estudio serio y profundo demostró que el problema era endémico y no epidémico, o sea que todos los servicios que manejan pacientes de alto riesgo tienen un número de infecciones hospitalarias que, evidentemente, no tienen los pacientes más simples. Sintetizando, nuestras normas de esterilización son adecuadas.

SR. FRANCO – Señor ministro: Dentro de esas normas de esterilización adecuadas que maneja la provincia, usted me podría indicar cuáles son los métodos que se emplean en la esterilización y qué personal técnico hay en la materia.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Con total sinceridad, no es mi especialidad, evidentemente tendríamos que invitar al señor legislador a una reunión con técnicos pero, obviamente, los métodos convencionales incluyen tanto la temperatura como la presión, con estufas o autoclaves y otros métodos que yo en este momento no le puedo contestar por su especificidad técnica.

SR. FRANCO – Señor ministro: Le agradezco su franqueza pero realmente considero que la autoridad máxima del Consejo de Salud Pública me tendría que saber explicar cuáles son los métodos que se utilizan, no creo haber hecho una pregunta tan difícil de contestar.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Lo que pasa es que si es cuestión de contestar vamos a contestar.

La esterilización se puede realizar de varias maneras, comencemos con la esterilización utilizando la presión, la esterilización que usan los autoclaves; dentro de los autoclaves la evolución de los mismos ha sido notable, desde los viejos autoclaves tipo Chamberlain que utilizaban métodos de humedad, que todavía son efectivos y que ningún país del tercer mundo puede decir que no sirven, hasta los autoclaves que están en los quirófanos que tienen mayor complejidad, son de mayor tamaño y funcionan con métodos más sofisticados.

En segundo lugar tenemos la temperatura, para eso se utiliza el calor en estufas, sobre todo para material que no se deteriora con la temperatura como, por ejemplo, las jeringas de vidrio y el procedimiento de esterilización se basa en mantener a una temperatura dada, durante un tiempo determinado, el material a esterilizar.

En tercer lugar hay otros métodos que en estos momentos están en tela de juicio con sus pro y sus contra como los esterilizadores de óxido de etileno, que son esterilizaciones mediante un sistema de bandejas, en las cuales actúa un gas que tuvo muchos predicamentos, sobre todo cuando hubo auge de métodos agresivos de medición de variables hemodinámicas en los infartos agudos de miocardio. Está luego la esterilización por métodos químicos, como decía la doctora hace un momento, mediante la lavandina o por medio de algún otro tipo de antiséptico dejando equis cantidad de tiempo el elemento a utilizar. Está por supuesto la esterilización con rayos Gamma, que es la predominante en la esterilización de los descartables y que se venden en los comercios. Repasando tenemos, autoclaves de los distintos tiempos y distintas épocas; las estufas o sea los procedimientos que utilizan el calor; los procedimientos químicos como el óxido de etileno y los rayos Gamma.

La esterilización en general en los hospitales de mayor complejidad como los de Viedma, Bariloche, Cipolletti, Roca y Sierra Grande, es central, o sea que la esterilización se puede hacer en cada servicio, por eso se dice que la esterilización no es central; por ejemplo, el servicio de ginecología esteriliza sus espéculos, el servicio de clínica médica sus jeringas o se puede esterilizar a nivel central, el propio quirófano o, como se va a extendiendo progresivamente en salas diseñadas específicamente a este fin a los cuales se llama central de esterilización. Como las centrales de esterilización nos insumían recurso humano, especialmente de enfermería, que es escaso, nosotros estamos tendiendo a reemplazar las enfermeras formando, mediante capacitación ad-hoc a auxiliares en esterilización para no limitar el perfil de la enfermera a una tarea específica y que es relativa y de fácil aprendizaje. En el Hospital de Viedma está en construcción la sala de esterilización como en otros hospitales de la provincia, esto es sintéticamente, más o menos, el panorama de esterilización en la provincia.

SR. FRANCO – ¿Cuando se veta la ley, señor ministro, se aseguró que la totalidad de los establecimientos provinciales estuvieran en condiciones de certificar algunos de los métodos que usted ha expuesto de esterilización?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, la esterilización es perfectamente medible ya que existen test o indicadores que son de dos tipos, químicos y biológicos, es decir, para hacer una comparación sencilla, un indicador biológico sería introducir dentro de una caja de cirugía testigo una cantidad medida y una forma apropiada de un determinado germen, estudiarlo después de haber seguido el proceso de esterilización y ver si ese germen se desarrolla en medio del cultivo adecuado. O sea que todo proceso de esterilización debe ser testeado y seguido por los indicadores. Hay otro indicador que es el más sensible, el de tipo biológico y está el indicador químico que se hace por un determinado viraje en un censor en forma de una tirita de papel, o sea que hay formas de certificar la esterilización que usted pregunta.

SR. FRANCO – Correcto, hay formas, pero además de eso le pregunto ¿Los hospitales de la provincia pueden garantizar la esterilización del material como para tener la seguridad, la tranquilidad de que efectivamente no va a haber algún problema de contagio?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Si se siguen los procedimientos que nosotros acabamos de enunciar sí, le digo más, pueden hacerlo con más seguridad que un descartable, con algún procedimiento no testificado, incluso le decía hace una rato, el tema de los descartables, sobre todo en los casos que motivaron el veto, el caso de las jeringas para tratamientos parenterales, es un tema que no está concluido y no está determinada su absoluta inocuidad o su mejoría comparativa con respecto al material histórico de vidrio.

SR. FRANCO – Aprovechando el tema, le pregunto, señor ministro, si se realizan estudios para detectar HIV en pacientes dadores de sangre en la provincia y cuál es el costo de ese estudio.

SRA. CABRERA – En la provincia se ha puesto en marcha un programa de prevención contra la enfermedad del SIDA, programa de prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana, ya venían realizándose acciones en la provincia, de hecho en mayo de 1989 tuvo lugar una reunión con el jefe del programa nacional y el responsable de laboratorio a nivel nacional en Bariloche, con participación de personal de salud de distintas áreas, eso fue seguido por acciones de algunas localidades de la provincia y en Viedma se tradujeron en base a una gran motivación del personal del hospital que había concurrido a esas reuniones; se puso en marcha la detección de virus en donantes de sangre y población de riesgo.

En lo que hace a la totalidad de la provincia, se ha realizado una reunión provincial para instrumentar la red de laboratorios con la que todavía no contamos, esta reunión es bastante reciente; para establecer la micro aglutinación en ocho localidades que harían un escrimin a nivel fundamentalmente de los bancos de sangre, de aparecer algún resultado positivo, sería derivado a Viedma que actúa como hospital de referencia y de confirmarse la positividad, sería derivado a La Plata que es nuestro referente a nivel nacional, o sea solamente en Viedma se están haciendo en este momento las detecciones de laboratorio y está planeado establecer micro aglutinación en ocho localidades. El costo de aparatología y reactivos es de 90 millones para poner en marcha el programa, los reactivos específicamente 700 dólares, para Elisa, 700 dólares las 100 determinaciones, el método de micro aglutinación es más económico que este, 400 dólares las 100.

SR. FRANCO – Le hago esta pregunta porque conocí algunos costos que manejaba el Consejo de Salud Pública en el método Elisa y me preocupa porque realicé consultas, por ejemplo el hospital La Comunidad de Mar del Plata, con cuyas autoridades me contacté, realiza el análisis con un costo para el hospital –no es lo que cobra- de 3 dólares cada análisis. Yo creo que hay algunos funcionarios que me hacen señas con la cabeza, les pido disculpas pero esta es la información que me brindó el director del mencionado hospital donde se realizaba este método y se cobra 50 mil australes como precio al paciente que se lo realiza el análisis.

Le pregunto por eso de dónde obtienen ustedes esos costos.

SRA. CABRERA – Indudablemente de averiguar los precios y de hacer las consultas técnicas sobre la conveniencia de las distintas marcas. Me llama la atención realmente el costo y, por supuesto, nos vamos a comunicar con las autoridades porque en el método de Elisa yo le diría que es imposible y me interesa para abaratar nuestros costos de que se esté gastando 3 dólares por determinación, o sea, 300 dólares las cien. Realmente es importante y lo tomo en cuenta.

SR. FRANCO – Gracias.

9 - CUARTO INTERMEDIO

SR. PRESIDENTE (Verani) - Invito a la Cámara a pasar a cuarto intermedio por dos minutos.

-Eran las 0 y 37 horas del día
28 de junio.

10 - CONTINÚA LA SESIÓN

-Siendo las 0 y 40 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Verani) - Continúa la sesión.

Tiene la palabra el señor legislador Nemirovsci.

SR. NEMIROVSCI – Señor ministro: Estamos frente a dos temas que fueron objeto de la solicitud para que usted y la doctora Cabrera concurren al recinto que creo que vamos a coincidir, son dos de los temas más importantes que hacen al desarrollo de una comunidad, cuales son el de la salud por un lado y de las políticas sociales por el otro.

En el tema de la salud creo que se ha hablado bastante, se ha preguntado bastante y han quedado algunas cosas dando vueltas como insuficientemente contestadas y en el tema de las políticas sociales directamente no se ha tocado de lleno, que es donde aparece la responsabilidad como funcionarios del señor ministro del Poder Ejecutivo en el área que le compete y no su capacidad como médico para dar respuesta desde la óptica de un profesional de esa ciencia. Entonces le quiero preguntar, señor ministro, algunos temas relacionados con las medidas implementadas por el ministerio a su cargo y tal cual lo plantea el artículo 1º de la resolución de esta Legislatura con las medidas y las políticas que ha implementado el ministerio a su cargo para paliar la emergencia social, le pregunto ¿Cuál es el origen de los fondos afectados a la emergencia?

SR. MINISTRO (Sarandria) – La emergencia social antecede a mi gestión y entonces debemos hacer necesariamente un repaso de lo que ha venido sucediendo desde la declaración de emergencia social el año pasado. Por la ley de esta Legislatura, el 2 de junio de 1989 se creó un fondo solidario integrado por descuentos a funcionarios sobre alquileres y descuentos a plazo fijo que sirvió para distribuir un 70 por ciento de los municipios como aportes y un 30 por ciento para la implementación de un programa especial de ayuda alimentaria que atendió a 30 mil familias carenciadas. Esto coexistía en su momento con el PAN que comenzó a reducir sus envíos en cantidad de atención a las familias carenciadas y también la cantidad de alimentos por el tamaño de las cajas. Por tal motivo la provincia comenzó a reforzar con el PEAR al total de las familias carenciadas. Desde junio a diciembre de 1989, se adquirieron 450 mil kilogramos de alimentos distribuidos en bolsas de 8 kilos entregadas a familias carenciadas con necesidades básicas insatisfechas, según relevamiento en mercadería o comedores escolares o apoyo de hogares de menores y ancianos y emergencias puntuales como fue el caso de Textiles Lahusen, UOCRA, Región Sur y Parajes.

En agosto de 1989 surge una situación nueva, es la creación del bono solidario y a partir de la creación de ese bono por el gobierno nacional y por decreto nacional número 400/89, se crean los consejos de emergencias provinciales y a su vez por decreto provincial se crean los consejos de emergencias locales que daban una amplia estructura participativa a distintos sectores de la comunidad. Una de las funciones del ministerio durante la época del bono solidario de emergencia nacional, fue la distribución desde septiembre de 1989 a marzo de 1990 de tres series de bonos con una primer serie de dos entregas de diez mil australes cada uno a 15.335 familias carenciadas por un monto en australes de 306.700.000,

una segunda serie de dos entregas de 10 mil australes cada uno a 19.560 familias carenciadas, con un monto en australes de 391.200.000 y la tercera serie de dos entregas de 15 mil australes, que fue la última, a 19.700 familias por un monto total de 591 millones de australes, siendo el total de los bonos de 1.288.900.000 australes; se atendieron distintas emergencias puntuales en la ciudad de Viedma, declarada por el municipio en estado de emergencia; se tramitaron mil bonos solidarios más, lo que permitió ir en ayuda directa durante dos meses a familias de alto riesgo y también colaboraron para la construcción de dos viviendas destruidas por el fuego; existió la atención de las familias de Textiles Lahusen y de la UOCRA y mil bonos más para los pobladores de la Línea Sur. Otra ayuda llegada de nación fueron los bonos garraferos, con una sola entrega de 4.244 bonos para completar el Plan Calor.

Por otro lado surge, como ya lo detallamos hoy, el Programa PEÑI, de rehabilitación nutricional, que es financiado con fondos provinciales y que en algún momento fue aprobado por el Consejo de Emergencia Provincial como programa prioritario.

En general nosotros podemos dividir en tres la distribución de la emergencia alimentaria, por llamarla de alguna forma, el PEÑI, el PEAR que hasta ahora se venía financiando con fondos de nación y que en este momento ha sido necesario empezar a suplementar con fondos provinciales y alimentos a granel que se hace con financiación provincial, con los cuales se da una asistencia permanente a los municipios para aquellos casos en que tienen implementados comedores comunitarios.

Los fondos nacionales a los que nos referíamos, son fondos que han empezado con una falta de continuidad en sus comienzos, aquí tengo todo el detalle, si es necesario lo vamos a leer, pero más o menos los importes fueron oscilando, desde la resolución 71 del año '89, con fecha 30 de enero de 1990, de 272 millones –para usar algunos datos sobresalientes- luego se recibieron partidas de 42, 62, 68 millones y más o menos se ha regularizado desde marzo en que se entregaron 1760 millones de australes, para mantener una cifra promedio, más o menos 1.250 millones de australes que es el último ingreso del 26 de mayo. En general esta ayuda de nación ha tendido a ir perdiendo relevancia en función, estas fueron palabras textuales del subsecretario Fapiano, de que no se han podido actualizar y él mismo me ha dicho que seguramente no nos va a alcanzar como antes y así está sucediendo.

Fuera de todo esto que es una asistencia alimentaria directa, la provincia está empeñada en la implementación de programas de promoción comunitaria para lo cual usa todas las estructuras del ministerio y estamos a la espera de alguna definición que, seguramente se va a producir este viernes, con respecto a la ley 23.767 que es la ley de actividades sociales comunitarias para lo cual fuimos citados en la Capital Federal por la Subsecretaría de Acción Social.

Hasta el momento los proyectos que desde Nación se veían como posibles –la implementación del Plan Llanccay, de generación de empleos o la sustitución del bono por otras raciones de dinero- hasta ahora no se han implementado, porque según me explicaba el subsecretario de Acción Social, no ha conseguido la partida presupuestaria y según me lo cuantificó en estos momentos la Nación está manejándose a valores del mes pasado con 40 mil millones de australes menos, que son los correspondientes al bono solidario.

La otra forma de asistencia, ya no solidaria, consiste en el Plan Calor, es un plan histórico en la provincia y consiste en el suplemento de combustibles líquidos o sólidos como son el kerosene, el gasoil y la leña en las distintas localidades de la Línea Sur que no poseen gas, y también está la ración de combustible al Consejo de Educación y al de Salud Pública. Yo no quisiera dejar de decir –ya que acá nos perdemos en cifras de las cuales podemos hablar mucho- que el ministerio a mi cargo tiene también otras formas que no se traducen en ayuda directa y que también hacen a la política social, como la animación socio-cultural que lleva a cargo la Subsecretaría de Cultura, sobre todo la animación grupal, porque decíamos hoy en el informe, la crisis socio-económica tiende a provocar problemas de comportamiento a nivel de los distintos núcleos poblacionales que no siempre se solucionan con la dación directa de alimentos o combustibles.

En la actualidad, por razones de conveniencia, hemos implementado el sistema del Plan PEAR en forma de cajas, por una serie de ventajas: El tipo de envase, la facilidad para el transporte, la distribución, nos ahorramos flete,

no se rompen, la pérdida de mercadería es mucho menor y hay un ahorro de costo y de tiempo, esto nos ha permitido comprar a bajos precios dentro y fuera de la provincia porque es de destacar la movilización que ha conseguido dentro de la provincia logrando también hacer bajar precios interprovinciales. En general en las licitaciones para la adquisición de alimentos, las que están ganando actualmente son firmas de Bahía Blanca, Buenos Aires, proveedores locales y del interior de la provincia; en algunas licitaciones se han invitado 19 firmas, participando 16, en otras 27 interviniendo 18, en pos de una transparencia que queremos mantener. La vía de llegada al destinatario de estos programas es respetando los consejos de emergencia locales para los cuales nuestros funcionarios recorren permanentemente la provincia dialogando con los intendentes y con los distintos consejos de emergencia que –como decíamos hoy- con unas de las formas de participación comunitaria que se llevan a la práctica y demuestran que no siempre es tan sencillo; también en ese sentido el ministerio cumple con un mapeo de la provincia tratando de superar diferencias ente los distintos sectores y acordar políticas con los municipios. Esta es más o menos una síntesis apretada de la actividad dentro de la emergencia social.

SR. NEMIROVSCI – No había preguntado la actividad, se explayó con abundancia de datos que son importantes y que es bueno saberlo. Había preguntado el origen de los fondos afectados a la emergencia y surge de la respuesta con absoluta claridad que son fondos nacionales de los que dio cifras y fondos provinciales que voy a pasar a preguntarle, sino el monto, por lo menos la proporción en cuanto a las cifras citadas, los 272 millones, la siguiente entrega de 42, 62, 68 y 1.760 y la estabilidad después en los 1.250 millones; usted comenzó mencionando –y la conocemos bien porque es obra de esta Cámara- la ley 2.298 que es la que crea el fondo de emergencia destinando con 70 y 30 por ciento discriminado a municipios y Asuntos Sociales pero ambos márgenes para la política social; a los dos meses de la ley, casi exactamente en agosto de 1989 por el decreto 1060 del Poder Ejecutivo se crea el programa del PEAR, es un decreto que no asigna gastos ni recursos salvo que se entienda como tal el artículo 3º que habla de que los organismos del Estado provincial debieran concurrir en apoyo del mismo cuando el Ministerio de Asuntos Sociales lo requiera, yo entiendo que no, inclusive buscando en el presupuesto no aparece una partida asignada con el nombre propio del PEAR entonces, hasta ahora los montos que ha dado por más que después aclaró que iban perdiendo relevancia al tenor de la información de un subsecretario de nación son nacionales, completo para integrar bien la pregunta, si el decreto 1.060 no asigna recursos ni evalúa gastos para el programa entiendo que leo producido o recaudado por la ley 2.298 no debe cubrir porque inclusive no creo que llegue a las cifras necesarias para mantener estos programas, entonces ¿En qué proporción la provincia concurre a esta emergencia respecto a los fondos de nación?

SR. MINISTRO (Sarandria) – La provincia concurre al PEÑI con un gasto de 200 millones de australes, en los alimentos a granel con gastos por 250 millones y al Plan Calor por 680 millones de australes.

SR. NEMIROVSCI – ¿Estas cifras o gastos en qué tiempo se refieren? ¿Es la totalidad del programa?

SR. MINISTRO (Sarandría) – No, son todas PEÑI, a granel, son cifras mensuales, el Plan Calor es la totalidad desde cuando se comenzó a distribuir en el mes de abril o mayo.

SR. NEMIROVSCI – ¿Cuáles son las proporciones de aplicación de los fondos de nación y los de provincia?

SR. MINISTRO (Sarandría) – En el Plan Calor la cifra de 680 millones de australes que mencionó recién es nada más que de combustible sólido, de leña, lo que se gasta en kerosén y gas oil es descontado para nosotros en regalías y enseguida le voy a dar las cifras; esto de en qué se gasta cada cosa es una forma de administrar los fondos globales que se tienen, yo podría decir por ejemplo a la inversa, que lo de nación lo gastamos en alimento a granel, es decir el PEAR, decimos que hasta este momento lo estamos solventando con fondos nacionales, ya este mes hubo que agregar fondos provinciales pero en realidad a nosotros no nos preocupa de donde viene y en lo que se gasta, a tal punto no nos preocupa que en el momento de la discusión presupuestaria dejé bien en claro que estos dos programas, PEAR y PEÑI son programas prioritarios para la provincia y que debemos estar preparados ante la posibilidad de que así como sucedió en otros rubros, la nación interrumpiera el flujo de fondos. Hay –y ustedes lo van a analizar seguramente- una reserva de acuerdo a un artículo de la ley de contabilidad que prevé para casos de emergencia que el programa PEAR no sea interrumpido en función de la alternancia de los fondos nacionales.

SR. NEMIROVSCI – Con todo respeto, señor ministro, lo que a usted no le preocupa a mí sí me preocupa, o sea en qué se gasta y cómo se afecta lo de nación y lo de provincia. Pero son ópticas de preocupación diferentes.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros decimos que no nos preocupa la distinción, pero sí nos preocupa administrativamente.

Manejamos partidas presupuestarias que destinamos tanto para esto y tanto para esto otro, pero tenemos que hacer la rendición ya que el gobernador es en última instancia quien rinde como responsable de la aplicación de estos fondos.

Es por ello entonces que canalizaos, para ordenar más las partidas nacionales hacia un programa específico –EL PEAR- la rendición hacia la Nación –condición sine qua non para poder recibir nuevas partidas- lo más prolija y transparente posible.

SR. NEMIROVSCI – Entiendo, señor ministro, entonces que con fondos de Nación se solventa el programa del PEAR, no así el de PEÑI y le pregunto sobre los comedores comunitarios ¿Es así?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Para los comedores comunitarios se compran con fondos provinciales alimento a granel que luego se distribuyen de acuerdo a las respectivas demandas de comedores comunitarios implementados en los distintos municipios.

SR. NEMIROVSCI – ¿Perdone la insistencia, señor ministro, no se afectan fondos de Nación a comedores comunitarios ni al PEÑI?

SR. MINISTRO (Sarandría) – En este momento no, porque no alcanzan. O sea los fondos nacionales han ido alcanzando cada vez para menos; hace seis meses seguramente permitían la compra de alimentos a granel, financiar parte del PEÑI –la parte exclusivamente de insumos- y el PEAR. En estos momentos, como ha ido perdiendo importancia relativa, el PEAR es lo único que está siendo financiado con fondos de Nación.

SR. NEMIROVSCI – ¿Hace cinco o seis meses, la mayor parte de toda la política social llevada a cabo por la provincia de Río Negro se solventaba con los fondos nacionales?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Si usted circunscribe la política social exclusivamente a la ración alimentaria, los fondos nacionales tuvieron una importancia grande como tuvo el bono solidario, pero de ninguna manera esto es solamente la única expresión de política social. Cuando le decía hoy que no nos interesa señalarlo, si usted quiere decir que hemos recibido una importante ayuda en materia de emergencia social gracias a las leyes nacionales, le digo que sí.

Lo que realmente en estos momentos me tranquilizaría más es que esta ayuda se mantuviera a valores históricos, que se pudieran implementar todos los programas nacionales que realmente están proyectados y que no se pueden hacer por falta de presupuesto.

SR. NEMIROVSCI – Señor ministro: ¿Los promotores sociales que han sido designados como operadores del sistema, por qué funcionan en la mayoría de las localidades fuera del control de los consejos de emergencia locales?

SR. MINISTRO (Sarandria) – Yo diría que a la inversa. En la mayoría de las localidades funcionan conjuntamente con los consejos de emergencia locales y precisamente en pos de esta integración es que los funcionarios del área recorren la provincia buscando esa integración que hoy decíamos era fundamental para el programa PEÑI, a tal punto que los porcentajes de rehabilitación en casos de desnutrición está en directa proporción con el grado de integración que logran los distintos trabajadores sociales en cada localidad.

Las instrucciones que nosotros damos a nuestros operadores de base en el área social es la de integrarse a los consejos de emergencia locales.

SR. NEMIROVSCI – Debe haber, señor ministro, algún cortocircuito entre las instrucciones que le dan a usted porque le voy a decir con honestidad, no traje los informes porque pensé que íbamos a coincidir con la apreciación de que no funcionan los promotores sociales en la órbita de control de los consejos de emergencia y me comprometo a acercarle al ministerio, por lo menos, la mayor cantidad de informes, que deben ser cerca de 20 en cuanto a esta no integración que le estoy planteando. A lo mejor entre las instrucciones que da el Ministerio y la política implementada por los promotores sociales, insisto, hay algún cortocircuito que evita que cumplan esas directivas. De cualquier manera le hago otra pregunta referida al tema. ¿Qué grado de preparación tienen los promotores sociales, en cuanto a la capacidad de llevar esta tarea?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Si usted me permite, señor presidente, va a contestar el Subsecretario de Acción Social.

SR. CHABAT – Con respecto a la integración de los promotores a los consejos de emergencia lo hemos tratado de hacer con la mayor rapidez posible para el relanzamiento del Programa PEAR. La dificultad a veces, no se da pura y exclusivamente por la integración de los promotores sino que por alguna diferencia de color político no los dejan integrar directamente a los consejos de emergencia. Es por esta razón que durante dos semanas estuve visitando casi todos los municipios junto con otros funcionarios del Ministerio para lograr esta apertura de nosotros hacia los municipios y de los municipios hacia nosotros. El grado de preparación que tienen es más de tipo experimental que preparación didáctica, es gente que en general ha trabajado en programas asistenciales como el PAN durante mucho tiempo y conocen los mecanismos de relevamiento, de funcionamiento y de entrega, que es lo que nosotros queremos sumar a los consejos de emergencia locales.

SR. NEMIROVSCI – Pero me parece que hay una gran diferencia entre la actividad desarrollada por los agentes PAN, habida cuenta de los que está narrando, que tienen ese tipo de experiencia en programas asistenciales, en donde munidos de un cuaderno simplemente anotaban la dirección y el nombre de quien solicitaba la caja y la tarea que tiene que desarrollar el promotor social. Le hago dos preguntas: Qué exigencias se les solicitó para incorporarlos, no solamente de preparación sino qué exigencias desde la autoridad de aplicación, se les exige para incorporarlos y por qué, en este caso, no se convocó a trabajadores sociales, como pueden ser los asistentes o agentes sanitarios para que trabajen en esta tarea.

SR. MINISTRO (Sarandría) – La exigencia fue la misma que la de los agentes sanitarios, si bien no tienen una preparación sistemática como la de los agentes sanitarios participan en talleres de integración de programas, como el que hablábamos hoy del UNICEF y aparte, cuando se lanzó el programa PEÑI que es precisamente cuando más empezaron a trabajar los promotores sociales, comenzó con una intensa capacitación que se fue dando desde Salud Pública y el Ministerio en toda la provincia.

Con respecto a por qué no se utilizaron los agentes sanitarios es porque los mismos tienen una tarea bastante específica y una de las cosas que pretendimos cuidar al iniciar el programa PENI –nosotros en ese momento estábamos en Salud Pública- era que no recayera, como pasa siempre, con todos los programas sociales, en un agente sanitario que se siente desbordado por su tarea. Esa es la razón por la cual este funcionario obviamente no pudo pagar a asistentes sociales, razón por la que este trabajador social de base interviene en los programas sociales del Ministerio que no es simplemente anota en un cuaderno quien necesita una caja o un alimento,

sino que es utilizar la capacidad de convocatoria para transmitir las distintas política sociales, para poder convocar a los distintos vecinos y transmitirles la esencia de lo que denominamos política social integrada que es la detección adecuada de sus necesidades para su ordenamiento y posterior obtención de, aunque sean mínimas, demandas que en este momento se están generando.

SR. NEMIROVSCI – No me satisface porque, me parece bien lo que dijo usted finalmente –y creo que es una aspiración de deseos- de lo que debe ser un trabajador social en funciones, tanto de agente PAN como de promotor social pero que para nada es así, y esto no tiene color partidario, yo conozco muy bien a la gente que repartía la caja PAN y como no tiene color partidario no tengo empacho en decir que algunos pícaros amigos de mi propio partido han hecho lo mismo con los bonos solidarios, de decir, no sirvió para nada, le daban a quien querían, a quien afiliaban y a quien se les ocurría, entonces, si esa es la preparación que tienen para ser hoy promotores sociales me parece que no sirve y creo que, en realidad, no se les exigió ninguna condición de preparación, salvo lo que pudieron haber aprendido en dos días en los cursos de talleres de integración que se realizaron en San Antonio Oeste y donde se conformó la preparación de esta gente.

La quiero leer brevemente una denuncia de los agentes sanitarios de una localidad muy importante donde dicen: *“En cuanto a la aparición de los promotores sociales que han sido insertos en los puestos sanitarios para que desarrollen actividades que hasta la fecha desconocemos cuál es su rol, no tienen preparación ni siquiera en primeros auxilios, en épocas pasadas se dedicaban a entregar la caja PAN pero sin ningún tipo de análisis ni a nivel de salud ni familiar, dado que carecen de la preparación necesaria para llegar a un hogar...”* dicen que son mal vistos en la población y una serie de consideraciones que, en aras de mejorar esto, creo que hay que tenerlas en cuenta y le voy a hacer llegar este informe de los agentes sanitarios que creo al ministerio le va a venir muy bien para elaborar una propuesta que supere, tal vez, esta no preparación que tienen los promotores.

SR. MINISTRO (Sarandria) – No coincidimos en que la preparación sea un taller de dos días sino que la preparación para el programa PEÑI se inició con capacitación y es a la vez un programa evaluado; para que un programa sea alabado por nación tiene que ser necesariamente evaluado, o sea que la evaluación de la tarea de los promotores sociales es evaluada periódicamente. Yo comentaba hoy los problemas de integración que existen, precisamente cuando los trabajadores de base realizan trabajos sociales, por una diferencia que hace a ese pequeño poder que da el manejar una cuestión social y que seguramente muchas veces redundo en detrimento del beneficiario pero que cuando eso se une y se potencian ambos, el beneficiario aumenta sus beneficios.

La política social no es solamente pensar en las cuestiones de dación de alimentos sino realizar promoción social de mediano y largo plazo, en ese sentido le voy a agradecer la información que usted me pueda suministrar pero también voy a tratar de explicarle cuál es la intención que nosotros tenemos en el trabajo social.

SR. NEMIROVSCI – Voy a coincidir con usted, señor ministro, en que la política social no es solamente el asistencialismo sino que necesita imperiosamente el largo plazo y el desarrollo de medidas que vayan mucho más allá de la entrega de alimentos, pero también le pido que coincida conmigo en que la experiencia de los agentes PAN no es el mejor precedente para elaborar una política asistencial en Río Negro, tiene que coincidir conmigo en que la mayoría de los agentes PAN de la provincia, que hoy son promotores sociales, realmente usaban eso que usted dice, el pequeño poder, para decidir sobre cuestiones que hacen a las necesidades sociales de la población en forma inmoral, diría yo, y acá también expreso mi repudio, sean del partido que sean, utilizado cualquier mecanismo asistencial para jugar con la necesidad de la gente.

Yo le pregunto ¿qué participación van a tener los municipios en la distribución de las cajas PEAR?

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el subsecretario de Acción Social.

SR. CHABAT – Como recién estaba comentando se hicieron reuniones en casi todos los municipios de la provincia y la participación de estos va a ser total, a través de sus consejos de emergencia y de su presidente, que es el intendente. Es decir, la participación y el acto de entrega se va a hacer a través del consejo de emergencia, ya que es una figura y supongo que en todos los casos la entrega física de las cajas PEAR la hará el personal de los municipios.

SR. NEMIROVSCI – Ojalá sea así.

SR. CHABAT – Ojalá sea así, no. La distribución primaria está hecha y su entrega va a ser la semana próxima para todos los municipios, no es ojalá, va a ser así.

SR. NEMIROVSCI – Creo que hoy fueron licitadas algunas mercaderías del PEAR; ¿se va a tener en cuenta entonces la política de los consejos de emergencia locales para su distribución?

SR. CHABAT – Seguramente, toda la mercadería comprada a granel no se distribuye desde el ministerio a las subsecretarías, sino que se hace entrega a los consejos de emergencia por pedido y presentación de proyectos en la creación de comedores comunitarios.

SR. NEMIROVSCI – ¿Quiere decir esto que no tendrán participación alguna en la distribución las dependencias ministeriales que delegadamente operan en algunas localidades, en algunos municipios?

SR. CHABAT – ¿Me puede repetir la pregunta?

SR. NEMIROVSCI – ¿Algunas dependencias ministeriales que por delegación están en algún municipio, como el caso de Villa Regina, por ejemplo?

SR. CHABAT – No, eso va directamente al consejo de emergencia local.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros en emergencia local también tenemos participación, acá parece una competencia...

SR. NEMIROVSCI – En forma independiente le digo, y hay competencia. Cuando usted va a una localidad entiende determinados razonamientos que hace a competencias en la distribución asistencial. Mi interés es que el ministerio ponga coto a esto, por eso son estas preguntas, no es un cargo que les hago.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros, como política del Ministerio hemos dicho que en Río Negro nadie va a lucrar, en el sentido político, con el hambre y lo vamos a cumplir, pero eso no quiere decir que nosotros no tengamos la responsabilidad de supervisar la marcha de cada uno de los programas, porque así como surgen cargos de inmoralidades de ciertos agentes, también es cierto que una –y no lo decíamos por una cuestión de no aumentar el conflicto- de las causas por las cuales implementamos las cajas, es por su inviolabilidad, ya que las bolsas son cortadas y se hace clientelismo político dando en algunos municipios los alimentos por separado para que alcance para más gente y tenga más clientelismo político. Como estas cosas nosotros no queremos que sucedan –lo cual coincidimos con usted- nos ponemos en el objetivo de supervisarlos.

SR. NEMIROVSCI – El ministerio supervisa, lo que creo es que no podemos hacernos los distraídos sobre las cosas que han ocurrido, fundamentalmente en la historia desarrollada a partir de los agentes PAN, porque podemos hablar muy bonito y muy lindo acá, pero en cada localidad se sabe el manejo político que se le dio al asistencialismo y a las necesidades de la gente. Insisto, señor ministro, es una cuestión de que el ministerio realmente reafirme esto que usted está diciendo, que ponga coto a esa posibilidad de la disputa asistencial, que creo que es inmoral y de una bajeza total y me parece bien si usted reafirma como lo está haciendo, que la supervisión y la presencia del ministerio va a garantizar para que no sea de esa manera.

SR. MINISTRO (Sarandía) – Así se hará.

SR. NEMIROVSCI – ¿Podría indicarme acerca de la evolución de la desnutrición en la provincia, los índices de los últimos dos años?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Cuando comenzó el programa PEÑI se empezó con 2.100, nosotros dijimos hoy en el discurso que sabíamos que iba a aumentar la cantidad de desnutridos por la captación, para fin de año ya teníamos 4.600 detectados, piensen ustedes que en la instrumentación del programa significa que cada chico que llega a un centro de salud tiene que ser pesado, medido, introducido en los percentiles de manera de establecer su desnutrición. Si nosotros tomamos las cifras sin analizarlas vamos a ver como los desnutridos suben en la provincia, los que sube es la detección de los desnutridos y actualmente están bajo programa 5.187 chicos desnutridos en la provincia de Río Negro; por supuesto que estos no son los mismos chicos, son nuevos chicos, esto es un recambio, donde entra un chico desnutrido, se rehabilita y al mismo tiempo quizás entraron dos después que se los ha detectado y queden bajo programa.

SR. NEMIROVSCI – ¿Me podría decir la fuente que toma para dar estos índices, señor Ministro?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, las fuentes que nos remiten la información son los distintos hospitales de la provincia.

SR. NEMIROVSCI – ¿Quién realiza la estadística?

SR. MINISTRO (Sarandría) – La estadística la realizan los distintos hospitales de la provincia y se reúne la información acá en nivel central, por otro lado esto está siendo corroborado por las evaluaciones que va haciendo el personal de capacitación en sus giras de evaluación.

SR. NEMIROVSCI – ¿El Consejo Provincial de Salud Pública realiza los índices recogiendo la información de todos los hospitales de la provincia?

SR. MINISTRO (Sarandría) – El Consejo los obtiene a través del Programa Maternidad-Infancia, pero el ministerio tiene también un responsable de este programa, quien recibe la información o la solicita a los distintos hospitales.

SR. NEMIROVSCI – ¿El ministerio la tiene?

SR. MINISTRO (Sarandría) – La tiene el ministerio y la tiene Salud.

SR. NEMIROVSCI – Hace un rato mencionó usted la posibilidad de que el flujo nacional de fondos para los programas que se están implementando no solamente tenga una degradación monetaria o en cantidad sino que inclusive se corte ¿En este caso hay alguna hipótesis de reemplazo para esos fondos por parte de la provincia?

SR. MINISTRO (Sarandría) – El programa PEÑI está puesto como prioritario del Ministerio de Asuntos Sociales en el presupuesto que se va a analizar en la Legislatura y para el programa PEAR –como dije anteriormente- está buscada la forma de garantizar el aporte en caso de que se cortare el flujo de fondos de nación.

SR. NEMIROVSCI – Perdón ¿cómo es lo correspondiente al PEAR?

SR. MINISTRO (Sarandria) – Es una forma contable que yo no la manejo pero hay un artículo de la ley 847 que se puede aplicar en este caso, el problema que se suscitaba era que si se introducía en el presupuesto provincial y después llegaban fondos de nación, era dinero que no se ejecutaba, entonces se buscó una forma para imprevistos o casos de fuerza mayor que existe en la ley 847 a efectos de poder echar mano a ese artículo dentro de la reglamentación vigente para poder acudir al PEAR si fuera necesario.

SR. NEMIROVSCI – Quiero tocar un poco el tema de salud saliendo del tema de las políticas sociales, referido a algo que respondió usted dos veces, con gráficos inclusive, que tiene que ver con el salario de los profesiones y la pregunta concreta es que no todos están en las condiciones que usted mencionó puesto que hay médicos full de 44 horas que tienen incluidas las guardias, que no las cobran aparte, por lo tanto la composición salarial que usted daba como resultante final de incorporar al básico y a los demás elementos del salario las guardias, no los contemplaría a estos médicos.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Eso no existe, señor legislador. Las guardias no están incluidas en el horario de 44 horas; si el médico de 44 horas en un acuerdo con el director del hospital hace un reacomodamiento del horario de manera de hacer 4 horas a la mañana y compensar con una guardia semanal, en ese caso está –diría- violando un poco la esencia de tener médico de dedicación exclusiva. La fundamentación de tener médico de dedicación exclusiva es tener como tuvo siempre la dedicación exclusiva, un médico todo el día en el hospital, a la mañana y a la tarde, así que la interpretación que hacemos de dedicación exclusiva es un médico que trabaja 8 ó 9 horas por día, de acuerdo a si después hace sus 4 horas el sábado y aparte hace guardia en su respectivo servicio o en la guardia general. O sea que no están de ninguna manera incluidas las guardias dentro del salario.

SR. NEMIROVSCI – ¿Me está contestando que cobran las guardias aparte?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Las cobran en la medida que las hagan.

SR. NEMIROVSCI – Hay un tema que se ha tratado como visión general pero que me gustaría tener una respuesta muy concreta por parte del consejo y que hace a un tema puntual que es el del Hospital de Bariloche y que en cierta manera es una inquietud de la gente de esa zona.

Me hubiera gustado escuchar, en el prologando informe inicial que hicieron, algún tipo de consideración hacia la imposibilidad de realizar los planes, las medidas o las políticas sanitarias que tienen en mente y que las limitaciones económicas les impide. Creo que fue muy soslayado ese tema y con todo respecto noto alguna falta de humildad, o mejor dicho, un alto nivel de optimismo como si todo estuviese bien, cuando en realidad notamos, por todo lo que se ha dicho aquí y por todo lo que a diario se ve en los hospitales, que no es tan así y no digo que ustedes –y se los voy a aclarar- no hayan dicho que algunas cosas están mal, lo que pasa es que algunos creemos que muchas cosas están mal, que es lo que ustedes no dijeron. Antes de hacerles esta pregunta, simplemente les quiero manifestar por qué hago estas apreciaciones, que no son producto solamente de visitar diferentes hospitales sino tomando en cuenta lo que dicen los interesados directos y no solamente como acá se trató de minimizar el caso del que va a las 5 de la mañana, que es importante lo que dice o el que no se puede atender. Por ejemplo, las asociaciones de profesionales, la de Viedma tiene preocupación y disconformidad; la del Valle Medio, cuarenta profesionales afirman sobre el deterioro progresivo del sistema de salud; jornadas de protesta en los hospitales rionegrinos; se juntan los representantes de los profesionales de Viedma, Villa Regina, General Roca, Ingeniero Huergo, Cipolletti, Cinco Saltos, Catriel, Bariloche, El Bolsón, Pilcaniyeu, Comallo, Ñorquinco, Ingeniero Jacobacci, Fernández Oro y hablan del deterioro del hospital público.

Otra vez la asociación de profesionales a través de distintos documentos marca obviamente, más allá de lo que los legisladores acá afirmamos y que no terminamos de coincidir con ustedes, un deterioro mayor o una dejadez mayor no solamente en la actitud voluntarista –que no tengo por qué poner en tela de juicio la voluntad de resolver las cosas que puedan tener- fundamentalmente de una falta de una clara vocación presupuestaria que reasigne recursos que permitan instrumentar una política que mínimamente satisfaga las necesidades de la población y como si esto –como dicen los vendedores- fuera poco, hay una voz muy autorizada que realmente nos tiene que llamar a la reflexión cuando dice, los hospitales carecen de lo imprescindible para atender incluso primeros auxilios a miles y miles de enfermos y esto no lo dice ningún legislador sino monseñor Esteban Hesayne, nuestro obispo de Río Negro,

con lo cual le quiero dar criterio de autoridad a la palabra del obispo, desde ya, no es que porque lo diga él tenga que ser verdad, pero entiendo que algún criterio de autoridad mayor le podemos dar. Y termino con algo que me parece gravísimo, no es un informe, es un mínimo informe de un psiquiatra que ha visitado distintos hospitales de nuestra provincia, y le digo que es gravísimo, señor ministro, para que lo tome en cuenta y veamos inclusive juntos, legisladores y ministerio de cómo lo vamos ir resolviendo, no es cuestión de pelearnos a ver quién tiene razón sino, tal vez, juntarnos para desarrollar una tarea que en definitiva beneficie a la gente.

Este psiquiatra habla de los hospitales y fundamentalmente de los agentes hospitalarios y dice lo siguiente: *“Se observa como resultado de un proceso progresivo de deterioro de la salud pública la pérdida de la salud mental de los agentes hospitalarios, puesto de manifiesto a través de la falta de motivaciones, cansancio físico y moral, expectativas frustradas, demanda de prestaciones por usuarios severamente carenciados a los que no se puede dar respuesta, este es el daño que sufre y genera nuestro ámbito de trabajo donde permanecemos gran parte de nuestros días”* y otras series de consideraciones, creo que es importante tomarlo en cuenta porque es un diagnóstico hecho por un psiquiatra que obviamente, yo soy lego en la materia, pero me asusta.

SR. MINISTRO (Sarandría) – ¿Es un psiquiatra de la provincia?

SR. NEMIROVSCI – Después con mucho gusto le paso el informe, creo que no hace a la competencia de conocimiento de todos.

Soy un lego en la materia y me asusta la categoría de los términos que utiliza en cuanto a la salud mental de los mismos prestadores que tienen que cuidar, entre otros, la salud mental de los que van a un hospital y creo que hay un choque entre todo esto que, aparte es lo que la mayoría de la gente piensa que esto anda mal, dicho con palabras muy simples, no creo que nadie piense que hay una voluntad manifiesta en destruir un sistema de salud pero sí la voz de la calle dice que anda mal, que no se pueden atender en el hospital, que no hay medicamentos, que no hay gasas, ya lo dijeron varios, hasta se rieron porque el cirujano que operó en calzoncillos no tenía ropa adecuada y es verdad.

En el Hospital de Bariloche, en el laboratorio central, le cuento brevemente la situación, no cuenta con aparatos de gases en sangre, no cuenta con aparatos para realizar ionogramas, se rompió el que estaba después de 20 años de funcionamiento, todos los aparatos que restan son viejos y hay uno de cada tipo, por lo tanto no se pueden intercambiar los repuestos, ahora tiene el fondo del que habló la doctora Cabrera pero cuando llegaba la partida era con niveles inflacionarios diferentes y no se podía utilizar porque estaba desactualizada, pero aún cuando todo esto estuviese funcionando hay un problema básico, no hay stock de reactivos y elementos de limpieza, por ejemplo, fundamentalmente los reactivos para desarrollar la tarea, con lo cual tienen que derivar generalmente a laboratorios privados con el consecuente gasto que ello significa para la provincia.

Entonces la pregunta concreta, con toda esta fundamentación que hace a una realidad que no fue satisfecha en coincidencia con ustedes, no dicen que esto es así, acá se ha vertido opiniones cuanto menos válidas. ¿Es consciente Salud Pública de esta situación? Sí, usted ha dicho que es consciente, no de toda esta, de una parte, y yo le pregunto concretamente, hasta cuándo se piensa prolongar esta situación, no en la cosa general de que todos aspiramos a una mejor atención sanitaria; concretamente el laboratorio de Bariloche ¿cuándo va a funcionar como tal?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Creo que acá hay dos análisis generales en los cuales me gustaría absoluta veracidad de la información, como por ejemplo,

las declaraciones del obispo Hesayne donde si usted lee todo el artículo va a ver que se refiere a la salud general de los argentinos no hace una particularidad con Río Negro, de ninguna manera, eso está bien claro. La temática salarial es una temática que preocupa y que evidentemente, si yo tuviera en este momento la varita mágica para conseguir muchas cosas, tendría al trabajador de la salud bien pago aún a expensas de mantener esa falta de insumos de laboratorio porque yo creo que la salud que nosotros necesitamos parte de una mayor mística que sé no estamos pagando, mística en el trabajo hospitalario, mayor cobertura y no tanto de un exceso de complejidad. Yo no lo veo tan apocalíptico como usted dice, si esto fuera una cosa tan apocalíptica el hospital público no podría atender a los pacientes y sin embargo los atiende; cuando la crisis de insumos nos llega, nos llega a todos, si embargo no se hace el mismo análisis con los efectores de la seguridad social.

En cuanto al optimismo, ojalá yo fuera optimista como usted dice, yo creo que nosotros no vivimos en la isla de Río Negro, vivimos en el país y la situación del país es realmente muy difícil y alarmante en el campo social; a mí no me interesa realmente si esto está pasando solamente en Río Negro o si pasa más allá por una cuestión política, me interesa porque lo que le pasa al amigo de Misiones también tiene que ver con lo que nos está pasando a nosotros; tampoco me interesa decir que estamos mejor o peor, salvo por el orgullo propio de rionegrino y por decir estamos haciendo las cosas bien, pero de ninguna manera yo podría ser demasiado optimista en un país en donde el gasto social va día a día decreciendo, en un país donde fue clara la última cuestión de salud que yo traté en Buenos Aires, la traté con el Ministro de Economía y con las autoridades del Banco Mundial, donde seguramente dentro de las condiciones de ayuda externa van a estar también cómo organizamos nuestros sistemas de salud, de ninguna manera yo di un informe optimista, creo que hay muy graves problemas que por la tendencia imperante en esta zona del planeta nos va a hacer cambiar toda esta modalidad que nosotros tenemos; cuando hablo de ordenar el sistema a mí me gustaría poder ordenarlo desde adentro y espero que no nos hagan ordenarlo desde afuera. Soy consciente, señor legislador, de los problemas que tiene la salud pública, de ninguna manera los minimizo, pero también soy consciente que cuando hay problemas salariales esos problemas surgen con mayor énfasis, y flaco favor le hacemos al hospital público cuando decimos que todo anda mal, el hospital público tiene sus problemas pero también sus virtudes.

Quisiera preguntarle a muchos trabajadores de la salud que están todo el día trabajando, que están atendiendo pacientes, pacientes que por otro lado tan disconformes no están, porque si es cuestión de artículos periodísticos hay más disconformidad de los prestadores que de los usuarios, si realmente todo ese trabajo que realizan está de más porque están todos mal atendidos o porque todos salen más enfermos. Quisiera saber si lo que dicen los indicadores de salud de la provincia de Río Negro son todas mentiras y preguntarle a aquellos pacientes que son atendidos, por ejemplo, en los servicios de maternidad de los hospitales, que se ha ido incrementando año a año en una forma manifiesta, en este momento no encuentro la información pero los partos en el nivel oficial crecen año a año, si es realmente tan desastrosa la atención que le puede brindar el hospital público rionegrino, porque aunque más no sea en atención de recurso humano,

en algo que no requiere muchos insumos como un parto, esa atención no tiene por qué ser de baja calidad, no nos olvidemos que el lugar de más prestigio en Argentina el que ha estado envuelto en un problema por esterilización de descartables. Cuando decíamos esto hace un ratito, en el año '87, el 35 por ciento de los partos fueron en el sector público; en el '88, el 49 por ciento y en el '89 el 58 por ciento; yo supongo que ante este informe apocalíptico que usted presenta; las parturientas tendrían que salir espantadas del hospital y no pasa eso, vuelven y podemos apreciar en "*Carta de Lectores*" –que yo no he tenido la constancia de recortar y traer- que hablan muy bien del hospital público, entonces quiero dejar una cosa bien en claro, coincido con usted, no es el hospital que yo quisiera pero tampoco es el que usted dice, y tengamos mucho cuidado cuando hablamos tan mal del hospital público, porque a veces parece que estuviéramos haciendo propaganda a otro tipo de prestación.

La doctora creo que quería agregar algo.

SRA. CABRERA – Indudablemente pueden existir falencias puntuales de reactivo de laboratorio, pero en las recorridas por los hospitales me lo hubieran puesto de manifiesto. Parece surgir del informe del señor legislador, que no hay reactivos. En el laboratorio de Bariloche puede haber faltado algún reactivo para alguna determinación, pero de ninguna manera se carece de los mismos; pareciera que no se hacen análisis en el Hospital de Bariloche siendo que se realizan arriba de 100 mil consultas y mueve una cantidad de egresados, y estoy segura que los médicos no adivinan, sino que utilizan los métodos de diagnósticos a su alcance. Es cierto que no hay equipos de gas en sangre, hubo uno y se rompió y no se ha repuesto y cuando existe algún caso de urgencia que lo requiere, la prestación se contrata afuera del hospital. Me gustaría que tuviera ese equipo, hemos enviado fondos para comprar un fotocolorímetro y en cuanto podamos vamos a seguir paulatinamente completando los equipamientos, como lo estamos haciendo con todos los hospitales.

También hay algo que no falta, y si se me plantea que falta es porque se vio al paciente justo que ese día le faltó, pero están cubiertas las necesidades de medicamentos de nuestros pacientes internados, a punto tal que hemos tenido que volver a centralizar la compra para el primer nivel de atención, porque pese a que se aumentaron los fondos de los hospitales por una cuestión de presión, de mayor gravedad de la patología y mayor presión de los profesionales que siguen al paciente, se prioriza la cobertura del paciente internado y esto da como resultado que los pacientes internados, que requieren sin duda medicamentos más caros, tienen cubierta la atención en la provincia de Río Negro. Usted me señala un caso tal que no tuvo, y es posible, pero reitero la cobertura de medicamentos para pacientes internados en nuestros hospitales es más que apropiada.

Nosotros en octubre mandamos una directiva con un vademécum donde solicitamos que se compren, primero los medicamentos de primera necesidad, de primer nivel de atención y después los de internación según el grado de complejidad; es indudable que esa carrera de los costos que el legislador ha reconocido provocó que al llegar los fondos no alcanzaban, eso nos pasaba a todos, por eso se priorizó debido a los motivos de presión antes mencionados la medicación del paciente internado, y yo creo, que dentro de lo que son los costos de medicamentos, de lo que es el funcionamiento para los que lo conocemos, porque es una reciente interpelación el señor ministro del Chubut reconoció que estaban punto de cubrir la medicación de pacientes internados, bueno, nosotros hace un tiempo que afortunadamente podemos cubrirla, y constatado que no se cubría un rubro que nos interesa muchísimo, que es el de consultorios externos, no es la primera vez que no se cubre, porque tengo quince años de médico en la provincia,

y a lo largo de estos quince años sucesivamente hemos tenido faltas de medicamentos en los consultorios externos y esto no es para justificar que hoy falte o para lamentar que tantas veces hayan faltado. El tema de los medicamentos creo que fue suficientemente tocado ¿qué hemos hecho? Estamos comenzando a fabricar los medicamentos para el primer nivel y hemos vuelto a centralizar, tal prioridad le damos que es el único rubro que hemos vuelto a centralizar para poder garantizar desde nivel central la provisión. Eso lo hemos hecho sin tocar los fondos dispuestos para las zonas y para los hospitales para la compra de medicamentos, o sea como consideramos que están aceptablemente cubiertos los pacientes internados, hemos agregado en forma centralizada la compra de medicamentos ambulatorios de cuya compra, buena parte ha entrado ya al depósito del Consejo y la vamos a distribuir.

SR. NEMIROVSCI – Será como usted dice, yo he ido cinco veces seguidas al hospital y las cinco veces me habré topado justo con el paciente que no tenía medicamentos, me parece que no nos ponemos de acuerdo y realmente...

SRA. CABRERA – Me parece que es lamentable, quisiera realmente que los farmacéuticos de los hospitales y los administradores estén acá porque estamos jugando a si me creen o no me creen y sinceramente me parece lamentable.

SR. NEMIROVSCI – Pero tengo el mismo derecho a creerle como tiene usted a creerme a mí. Yo le digo que no hay medicamentos...

SRA. CABRERA – También he tenido que escuchar que hay dos neonatólogos en Bariloche cuando tenemos seis ¿por qué esos errores de información?

SR. NEMIROVSCI – Estos informes son provistos por los mismos médicos de Bariloche que conocen bien la situación y aparte porque estamos ahí, charlando con los médicos y con la gente del hospital y todo esto que ustedes cuentan no aparece.

SRA. CABRERA – Seguramente había cuatro neonatólogos fuera del hospital en el momento en que usted entró, señor legislador.

SR. NEMIROVSCI – Yo no hablé de los neonatólogos, de cualquier manera le digo que en un momento dado sí había dos neonatólogos, después se fue recuperando el servicio pero con graves desprolijidades, hasta contrataciones por un día se hicieron de dos neonatólogos, así que no es tan así.

SRA. CABRERA – Estamos solucionando los problemas de una planta de personal.

SR. NEMIROVSCI – No le pedimos la varita mágica pero reconozca que hay problemas, que los va a solucionar de una forma o de otra pero no...

SR. PRESIDENTE (Verani) - ¿Me permite, señor legislador? ¿Usted quiere que el ministro o la presidente afirmen, confirmen o reafirmen lo que usted afirma?

SR. NEMIROVSCI – No, lo que quiero de la presidencia me lo va a contestar ella. Insisto en el tema de medicamentos, le quiero aclarar al señor ministro que soy un ferviente defensor del hospital público, no vengo acá a hacer propaganda de ninguna prestación privada, por el contrario, estoy tratando de ayudar a que el hospital público funcione mejor, por eso participo en esta interpelación y no hablo mal de hospital público, estoy hablando mal del funcionamiento y de las asignaciones presupuestarias para toda la política sanitaria de la provincia y eso no es hacer propagandizaciones de otro tipo de prestaciones y en cuanto a los partos, tengan en cuenta que esa suba en el índice en el hospital público tal vez tenga que ver en estos años que ha mencionado usted con la pérdida de las prestaciones sociales de mucha gente alejada de la producción que ha dejado el trabajo y necesariamente, al no poder tener su obra social va a el hospital a tener su parto, tal vez sea también por eso la suba, pero no creo que sea simplemente por la calidad de la atención del parto que elijan el hospital. El hospital es una necesidad de los requerimientos inmediatos que tiene la gente de una población, no va al hospital por lo bien que trabaja la partera, el médico, ese es el tema, tengamos en cuenta también la progresiva pérdida o la progresiva degradación en la cantidad de gente poseedora de obras sociales ante el abandono de estar inserto en la producción a partir de la pérdida del trabajo. Le hago las últimas tres preguntas que son muy concretas y que realmente sería una gran satisfacción que dé una respuesta a un reclamo que tiene la gente de El Bolsón.

Usted estuvo, creo que cuando asumió como presidente del Consejo, señor ministro, en una reunión llevada a cabo en el Hospital de El Bolsón y tengo entendido que coincidió a grandes rasgos, no con recategorizar el hospital que es de complejidad 4 sino con darle algún tipo de tratamiento o recurso especial dadas las características de ubicación, de aislamiento, de hospital que recoge gran población del noroeste del Chubut y que tiene inclusive la atención de mucha gente de paso, porque creo que va a coincidir que no es lo mismo un hospital de complejidad 4 en la Cordillera que en Alto Valle. Entonces creo que habrá coincidido en, sin una necesaria recategorización, encontrar algún tipo de posibilidad de mejorar algunos recursos, como por ejemplo, un sector, no de servicio, sino de neonatología o de aislamiento y de cuidados especiales. Lo que le pregunto es si, coincidiendo con esto, hay posibilidades de hacerlo y en qué tiempo se puede realizar.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros en ese momento coincidimos y coincidimos en otras oportunidades que hablamos sobre el problema del aislamiento que va a disminuir seguramente en el futuro con la ruta y el aeropuerto; no obstante ese aislamiento le da ciertas características regionales al Hospital de El Bolsón que mucho también comparamos a las características que asimismo tiene el Hospital de Ingeniero Jacobacci.

Creemos, desde el punto de vista de la regionalización sanitaria, que estos hospitales de complejidad 4 deben seguir desarrollándose –porque creo que estarían poniéndose el rótulo de fracaso- sin perder su nivel de complejidad 4 pero sí ser estaciones de contención, en el caso de Jacobacci con respecto a la región sur y en el caso de El Bolsón con respecto a la región andina y –como usted bien dice- norte de Chubut que es clientela habitual de este hospital. La solución a esto estaría en la recategorización –como usted dice- de lo que nosotros llamamos y es medio arbitrario, pasar de 4b a 4a, es decir contar con un incremento en sus fondos permanentes y algún grado diferenciado de complejidad. Estamos de acuerdo.

SR. NEMIROVSCI – Para terminar, señor ministro, dos cuestiones breves; una, relacionada –y espero que conozca el caso porque no me gustaría tener que narrarlo en Cámara- con el episodio del médico de Mallín Ahogado...

SR. MINISTRO (Sarandría) – Sí, está en nuestro conocimiento.

SR. NEMIROVSCI – Bueno, respecto a este episodio, qué posibilidad hay de proveer concretamente de un vehículo al puesto rural de Mallín Ahogado que como usted bien sabe, la carencia de este provocó una situación muy desgraciada; esto por un lado como primera pregunta y la segunda –son muy puntuales y muy concretas- la proyectada remodelación y ampliación del Hospital de El Bolsón, si va camino a convertirse en realidad, tal cual la gente de esta zona espera.

SRA. CABRERA – A Mallín Ahogado se va a enviar una ambulancia, ya que se ha incrementado el Parque Automotor de El Bolsón con la incorporación de un vehículo recuperado a nuevo. Este es un tema incluso que he conversado con el director del hospital pocos días atrás.

En lo que hace a la ampliación del Hospital de El Bolsón, no ingresó en presupuesto para el '90 el ala completa que sería interesante ampliar. En este momento estamos trabajando en la ampliación del área de consultorios, fundamentalmente pediatría que vamos a construir en forma conjunta entre Consejo y comunidad.

SR. NEMIROVSCI – Muchas gracias por las respuestas.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Badillo.

SR. BADILLO – Señor ministro: En uno de los tramos de sus tantas intervenciones hay algo que no me quedó claro, es la parte donde estábamos analizando la situación del hospital público con respecto a la medicina privada.

Me interesaría que usted me dé una definición clara de la política que va a sustentar este ministerio con respecto a qué es lo que va a hacer le hospital público en cuanto a inversión en tecnología, nos quedamos como estamos, favorecemos vía algún convenio contratar, como el caso de la tomografía computada con la medicina privada, o va a haber una acción decidida por parte de su ministerio en revertir esta situación.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Yo dividiría a la tecnología en dos categorías aquella tecnología a la que pueden llamar pesada, como es el caso de la tomografía computada relacionada en magnética nuclear, por llamar de alguna manera, esta es una división arbitraria, liviana, es aquella tecnología de la cual no puede prescindir un centro de una determinada complejidad.

Con respecto a la tecnología pesada, siguiendo criterios de racionalidad, no solamente pienso que no hay que superponer esfuerzos, de ninguna manera, y existiendo un tomógrafo sea de la propiedad que sea hay que acudir a ese único tomógrafo; tenemos una deuda legislativa en cuanto al control de la tecnología pesada. Prácticamente en todos los países centrales la tecnología pesada tiene un fuerte control estatal en cuanto a la cantidad de unidades que pueden instalarse, se tienen en cuenta dos criterios, la distancia y la población; se calcula que un determinado aparato tiene que dar una cobertura o una equis cantidad de pobladores del área dentro de la cual está sumida. Con respecto a los equipos de rayos, ecógrafos o fibroscopios que ya son de uso cotidiano y que es bueno decirlo, en nuestra provincia hay un déficit crónico e histórico de esta tecnología, hemos iniciado, acá tengo la planilla de suministro, una licitación donde ponemos énfasis en la forma de financiamiento porque tendemos a poder conseguir financiación blanda para la licitación de cuatro equipos de rayos como para poder instalar en los hospitales cabeceras, con intensificador de imágenes, aparatos radiológicos dentales, tres ecógrafos y tres fibroscopios. Creo que esta es la respuesta a la pregunta del legislador Badillo.

SR. BADILLO – También en varias oportunidades juntamente con la señora presidente, dijo que recorrió varias veces la provincia, yo lo saco un poquito de la provincia y le pregunto concretamente si han visitado el Hospital de Piedra del Águila en la provincia de Neuquen, si conocen el tema del Hospital de Piedra del Águila ya que está dentro de la esfera de la Empresa Hidronor.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No, no lo conozco personalmente.

SR. BADILLO – Hago esta pregunta en función de que nos hemos encontrado con la tremenda realidad que al crear las obras de la Empresa Hidronor, un puente de servicio en ese sector, es infinita la cantidad de gente que se atiende en el Hospital de Piedra del Águila. Haciendo esta reflexión recordemos que el mencionado hospital tiene una complejidad en particular para el tipo de obra que desarrolla la Empresa Hidronor y nos están asistiendo con la buena voluntad del director de ese hospital, me refiero al de Hidronor, con médicos, vehículos, recorriendo los parajes, haciendo prestaciones básicas de salud; cuáles son las medidas conducentes a revertir esta situación en el área que es responsabilidad de ustedes.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Lo que usted dice no me alarma, nosotros tendemos a utilizar la planta instalada en función regional, es uno de nuestros enunciados, la regionalización sanitaria; diría que de todas estas regionalizaciones que se han hecho con los consejos regionales, la Patagonia es tal vez la que con más solidez ha logrado constituirse como región; nuestras relaciones con las provincias vecinas son óptimas, hacemos causa común en las reuniones del Consejo Federal de Salud y sabemos muy bien que Piedra del Águila atiende pacientes de la costa opuesta del río Limay; como sabemos también que el Hospital de Neuquen va a ser el único hospital de complejidad 8 de la zona del Alto Valle, como querríamos que en el futuro lo fuera el Hospital de Bariloche para, junto con Neuquen y Comodoro Rivadavia, constituir los tres hospitales de referencia patagónicos; como nosotros atendemos al noroeste de la provincia de Chubut a través del Hospital de El Bolsón; como atendemos en Río Colorado los pacientes de La Adela, muchas veces este intercambio es compensado, ya sea con facturación de algunos pacientes del Hospital Castro Rendón de Neuquen o, por ejemplo, el caso que usted cita, el de Piedra del Águila que nos ha pedido la colaboración de sueros y se los hemos mandado; en algún momento, con respecto a la gente de Naupa Huen, donde tenemos un puesto sanitario, estuvo la intención de firmar un acuerdo en el año '84 con la provincia de Neuquen, cosa que en ese momento no se concretó y creo que hoy están dadas las condiciones para que ese acuerdo se firme. Sí, la provincia de Neuquen nos atiende pacientes, nosotros atendemos pacientes de la provincia de Chubut y de La Pampa y seguramente también estamos atendiendo gente de Patagones así que el criterio de regionalización es uno de los criterios al que precisamente la Argentina va a tener que recurrir para racionalizar más aún sus recursos de salud.

SR. BADILLO – Señor ministro: A modo de reflexión, creo que es válido lo que usted me dice con respecto a convenios complementarios interprovinciales, en este caso le sugeriría tomar contacto con el representante de la provincia de Hidronor, el doctor Lutz, porque el convenio habría que hacerlo con HIDRONOR, porque este mismo problema de prestación de servicios se nos está dando por la buena voluntad, no por directivas de la empresa, del director del Hospital de Piedra del Águila y se nos va a repetir con el puente de servicio de la próxima obra en Pichi Picún Leufú.

Finalmente, señor ministro, en varias oportunidades tocamos tangencialmente la problemática de los hospitales BID, en particular el de la provincia de Río Negro, bien definido por usted en cuanto a la carencia de espacio físico para que el actual Hospital de Cipolletti siga creciendo. Concretar esto requiere una acción decidida en la provincia de Río Negro sobre el Ministerio de Economía de la nación porque según me ha expresado la responsable del área nacional, doctora Matilde Menéndez, en una entrevista personal, existe la voluntad de seguir adelante con el programa BID de la misma forma que –me dice algo muy importante- de poder romper el esquema del programa BID, en el buen sentido, de la participación de la comunidad en el tipo de hospital que se quiere ¿Cuál es la acción concreta que ha desarrollado el ministerio a su cargo, de presión –entre comillas- sobre el Ministerio de Economía para prosecución y asegurar este tipo de hospital?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros ante las noticias que fueron de público conocimiento, de las cuales yo tomé conocimiento de primer agua en esta reunión que mencionaba con gente del Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial nosotros –y cuando uso del plural me estoy refiriendo a todos los responsables del área que estaban presentes y que tenían en sus respectivas provincias necesidades de hospitales BID-

hicimos la fundamentación ante todas las autoridades de economía, del Banco Interamericano y del Banco Mundial. En la provincia pienso que la mayor presión puede ser realizada, y así se lo transmití al señor gobernador –la máxima autoridad del Ejecutivo– doctor Masaccessi, quien lo iba a poner como tema preferencial de agenda en conversaciones con el ministro Erman González. Creo que al respecto coincidimos en la necesidad de ejecutar la máxima presión y si esa presión pudiera venir también del Poder legislativo, sería una herramienta más sobre el Ministerio de Economía; estoy convencido que las autoridades de salud de la Nación quieren seguir adelante, tanto el Hospital BID de la Nación quieren seguir adelante, tanto el Hospital BID de Cipolletti, como los llamados BID chicos, que son en realidad centros ampliados de salud, lo cual nuestra provincia tiene dos nada más y, por ejemplo, la provincia de Buenos Aires tiene 40 y pico. Pienso que va a haber serios condicionamientos por parte de organismos internacionales, así que la mejor manera de ayudar a las autoridades nacionales en salud es, como usted bien lo dice, la presión de los máximos niveles de la provincia ante el Ministerio de Economía.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Soria.

SR. SORIA – Gracias, señor presidente. Cuando analizamos el tema de la interpelación lo hicimos con un criterio de legislador, ya que habíamos recibido una serie de preocupaciones de los distintos lugares de la provincia. En este momento veo con satisfacción, porque conozco al señor ministro que es un hombre de una formación profesional excelente, lo mismo que la señora presidente del Consejo, en la información que hemos traído los legisladores y que se ha vertido en esta sala, que a algunas de esas informaciones los responsables en el área de salud se han comprometido a llevarlas a cabo y esto es importante para las políticas de salud en la provincia; creo que estamos enfocando bien, creo que ha habido un respeto claro de quienes estamos participando de esta interpelación.

En el ánimo de aclarar algunas preguntas y de hacer llegar también algunas inquietudes al señor ministro y a la señora presidente del Consejo, quisiera preguntar, y aprovechando que está presente el doctor Airaldo, qué se está haciendo en este momento en el puerto de la provincia de Río Negro donde están trabajando buques, muchos de ellos no cuentan en sus bodegas con los elementos para purificar y los obreros se ven sometidos a los gases, debiendo muchas veces ser asistidos por sus compañeros de trabajo y en algunas oportunidades se los trajo en la ambulancia hasta Viedma. Y al doctor Airaldo quisiera preguntarle ¿en qué estado se encuentra la cobertura de IPROSS de los obreros portuarios?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Señor legislador: Realmente no estoy al tanto del problema a que usted se refiere, pero creo que es de la suficiente envergadura como para que la dirección de salud ambiental del Consejo ponga interés en el tema, ya que va a requerir seguramente un nuevo enfoque, porque para nosotros es un problema nuevo el tema de esta intoxicación de los obreros portuarios; desde ya tomamos nota de su solicitud.

En cuanto a la segunda pregunta, solicito al señor presidente autorización para que exponga el doctor Airaldo.

SR. AIRALDO – Señor legislador, con referencia a la problemática del obrero portuario y analizando las medidas que implementó la obra social, el tratar de que ningún sector de los rionegrinos de la producción se quede sin cobertura social nos llevó a formalizar un convenio con el obrero portuario que lamentablemente por la crisis socio-económica que vive el país y por problemas de tipo presupuestario y falta de pago en tiempo y forma, dicho convenio fue suspendido y actualmente el obrero portuario se encuentra sin cobertura por falta de pago de las prestaciones médicas asistenciales cubiertas por la obra social.

SR. SORIA – Para una aclaración: Tengo entendido que a los trabajadores portuarios se les hacen los descuentos correspondientes.

SR. AIRALDO – Nosotros formalizamos un convenio de acuerdo a lo que prevé la ley 868 con una institución intermedia que tenga personería jurídica, en este caso el Sindicato Obreros Portuarios, ese es el organismo que a través de una ley nacional hace las retenciones, tanto patronales como los aportes de los afiliados; desde el momento en que el sindicato no hace los aportes de acuerdo al valor cápita definido en el convenio y a la falta de pago, la obra social por resolución de la Junta de Administración interrumpe las prestaciones, o sea que yo en este momento no puedo opinar si hacen o no los aportes correspondientes los obreros portuarios o la parte patronal sino simplemente puedo ratificar ante el señor legislador que este sindicato, de acuerdo a lo estipulado en el convenio, no hizo los pagos correspondientes en tiempo y forma, consecuentemente, sin los aportes correspondientes la obra social no puede subsidiar las prestaciones médicas asistenciales, por tal motivo hemos interrumpido las prestaciones.

SR. SORIA – Señor presidente: Tomando un eje de la discusión planteada anteriormente por el legislador Pichetto, quiero preguntarle al señor ministro sobre un tema que hace al desarrollo de una política sanitaria sobre todo en la Línea Sur, cuando analizamos al Hospital de Valcheta y cuando analizamos a los profesionales que indudablemente, estoicamente están trabajando en las puertas de la Línea Sur. Concretamente Valcheta se encuentra a una distancia de 147 kilómetros de San Antonio Oeste, a más de 120 de Sierra Grande y algo así como 342 kilómetros de Viedma, tiene una población de 5.000 a 5.500 habitantes con una zona de influencia importante de algunos parajes en que las mujeres parturientas muchas veces llegan a último momento porque indudablemente los medios de locomoción en el campo son distintos a los de la ciudad y algunas veces deben ser trasladadas en forma urgente para resaltar una simple cesárea el Hospital de San Antonio, al de Viedma o al de Sierra Grande. La pregunta concreta es si está previsto dotar a dicho hospital de un quirófano, ya que está el personal médico y como sabemos, con el paso del tiempo dichos profesionales van perdiendo la práctica quirúrgica. Creo que es necesario atender esta necesidad de la Línea Sur, por eso quería preguntarle al señor ministro en qué prioridad tienen el construir un quirófano en el Hospital de Valcheta.

SR. MINISTRO (Sarandría) – La respuesta sería la siguiente: Como decíamos hoy, la estrategia en la atención primaria requiere distintos niveles de atención.

El Hospital de Valcheta es de nivel 3, que incluso tiene un espacio físico para quirófano, en este momento no tiene cirujano y este es un tema que lo hemos analizado muchas veces con los propios médicos del citado hospital, quienes reciben una presión de la comunidad para efectuar operaciones quirúrgicas, pero ellos mismos manifiestan que realmente la cantidad de operaciones que podrían realizar a lo largo de un mes no les daría la manualidad necesaria como para hacerlo en las mejores condiciones. Hubo un cirujano –que actualmente está en Viedma- que realmente no pudo ejercer adecuadamente su especialidad, de manera que coincidimos en los problemas sanitarios que usted enuncia pero creemos que la solución más adecuada es poder agilizar más los medios de transporte. En Valcheta es realmente grave la falta de vehículos y es grave porque es un hospital que tiene que derivar sus pacientes muchas veces hasta Viedma ya que San Antonio Oeste no le prevé esa estación intermedia que necesitamos para los pacientes de mediana complejidad. En este momento afortunadamente la ambulancia funciona bien y creemos que en la medida en que podamos apuntalar al hospital de complejidad media que le correspondería a Valcheta, que sería el de San Antonio Oeste. La solución para estos problemas de tipo quirúrgico va a estar seguramente en San Antonio Oeste o en Sierra Grande.

SR. SORIA – Señor presidente: El señor ministro, en realidad hace un momento ha tocado tangencialmente un tema relacionado con la política sanitaria de San Antonio Oeste cuando se refería al hospital de esa localidad.

Tengo en mis manos la información de estadística que indudablemente es muy interesante y que puede servir para hacer un planteo, sobre todo atendiendo los momentos de crisis que está viviendo la provincia, en la cual se debe administrar la crisis y para ello creo que estos datos deben ser analizados, evaluados y por qué no puestos en ejecución.

El hospital de San Antonio Oeste tiene 30 camas, o sea un promedio más o menos de ocupación de 8 días por enfermo, con un porcentaje de ocupación de un 81,3 por ciento. Esto es crítico, atendiendo a que San Antonio Oeste tiene una población aproximadamente de 11.400 habitantes, pero en la misma localidad existe el hospital ferroviario, al cual el señor ministro efectivamente hace rato hizo alusión y dijo que estaba cambiando la política. Creo que hay que aunar los criterios y los esfuerzos en este momento de crisis, sobre todo teniendo en cuenta que el policlínico ferroviario de San Antonio Oeste tiene 19 camas, con un promedio de 9 días por enfermo, pero tiene un porcentaje de ocupación de un 31,6 por ciento, las cuales, sumadas a las camas del hospital nos daría, teniendo en cuenta la población de la citada localidad, más que suficientes para cubrir las necesidades actuales que requieren sus habitantes. Además, si tenemos en cuenta que se realizan, de acuerdo también a esta información suministrada por nivel central. Un promedio de 200 operaciones en el quirófano del hospital, lo cual significa una operación quirúrgica cada dos días y si se incorpora el policlínico ferroviario serían dos quirófanos, con los cuales las prácticas quirúrgicas podrían prácticamente cubrir un cupo de 700 en el año.

Señor ministro: No sé si usted ha evaluado estos datos, pero quiero saber qué gestión ha realizado Salud Pública para tratar de incorporar este sector de salud en el momento de crisis que está viviendo la provincia.

SRA. CABRERA – Hemos tenido reuniones con representantes de ferroviarios para toda la zona sur, el doctor Lucanera con el director del Hospital Ferroviario de San Antonio Oeste, representantes gremiales, escuchando una propuesta de integración. Tengo que comentarles que está recién en su primera etapa de análisis, hemos organizado un grupo de trabajo, el presidente de la III Zona Sanitaria, el director del Hospital de San Antonio Oeste y el director del Hospital Ferroviario, van a tratar de avanzar más sobre cuál sería la forma de integración ya que las mismas autoridades del ferroviario no tienen un esquema de propuesta clara. Aparentemente la intención es que funciona como un sanatorio abierto utilizando algunas prestaciones hospitalarias que ese sanatorio no tiene, pero limitando en cierta forma las internaciones compartidas que no fueran absolutas sino, por ejemplo, abrir el ferroviario a las obras sociales que actualmente se atienden en el Hospital de San Antonio Oeste. O sea, realmente es poco claro como suena lo que estoy explicando; se realizó una sola reunión, pusimos de manifiesto nuestro interés igual que en otros lugares de la provincia, de evitar superposiciones, de conseguir una mejor prestación de salud para la población y es un tema en el que realmente recién lo hemos iniciado, habrá que ver cuál es la forma de coordinar o de integrarse.

SR. SORIA – Señor presidente: Le voy a pedir a la doctora que me informe nuevamente el tema de mortalidad infantil, porque tengo una información que indica que ha aumentado la mortalidad infantil, por supuesto esto es preocupante porque no tengo conocimiento de ninguna epidemia que haya causado este rebrote, por lo tanto, quisiera que la doctora me informe los últimos datos que ella tiene y de dónde los ha sacado.

SRA. CABRERA – Los datos de mortalidad infantil no los elabora el Consejo Provincial de Salud Pública sino Estadísticas y Censo, por eso dije que el dato de mortalidad infantil del año 1989, realmente tenía 72 horas en mi poder, porque hasta este momento no habían terminado el procesamiento en Estadística y Censo y esa es la fuente de donde se proveen los datos que nosotros brindamos.

SR. SORIA – Discúlpeme doctora, pero tengo en mis manos algo que dice: Indicadores bio-demográficos de salud de Río Negro; en la segunda página dice: Gobernador de la provincia, doctor Horacio Massaccesi, Ministerio de Asuntos Sociales, doctor Ricardo Sarandría; doctora Norma Cabrera; Secretario Ejecutivo, doctor Ricardo Otermin y abajo dice Mayo 1990. La última información que tengo es una tasa del 27,6 pero también tengo aquí una hoja que dice, Dirección General de Estadísticas y Censo en el cual sí tengo una tasa mucho menor del 25,1 pero la pregunta es doctora, con cuál información nos vamos a manejar, porque desgraciadamente si yo manejo esto, me tengo que llevar un susto, si manejo esto otro me tengo que alegrar; entonces quisiera que tengamos un criterio claro y coherente en la provincia en lo que se refiere a un manejo de estadística, sobre todo en hechos tan importantes como en este.

SRA. CABRERA – Por supuesto, por suerte nos vamos a poder alegrar juntos porque el dato de indicadores demográficos que figura con fecha de mayo, como bien dice el título, es parcial para el año '89, primer semestre, que fue también un dato de estadísticas vitales. En el primer semestre la mortalidad iba en 27,6, al completar el año nunca la semestral refleja la tasa de mortalidad infantil del año completo, el dato de 25,1 proviene de la misma fuente de estadísticas vitales, está completado y reafirmado hace escasas 72 horas y abarca todo el año '89, por eso la confusión, en el título dice *“Primer Semestre del '89”*.

SR. SORIA – También doctora, y sin el ánimo de requerir nuevamente su información sino con el de aclarar y que sirva para que en el futuro se aúnen criterios en política de salud, estoy preocupado porque en esta misma carpeta tengo informes por ejemplo, que en el año 1984 se compraron 376 mil kilogramos de leche; en el año '85. 232 mil; en el año '86 329 mil; en el año '88 257 mil y lo llamativo que en el año '89 se ha bajado a 155 mil kilogramos.

Si usted me permite voy a puntualizar otros temas que ya ha tocado, para que me los aclare de una sola vez y no molestarla con sucesivas preguntas.

También en esta carpeta que yo considero de vital importancia, el legislador Ciliberto ya hizo hincapié en lo que significa inmunización pero tengo una información que, a lo mejor, amplía un poco más y es la siguiente: Este cuadro que tenemos acá es una comunicación llegada a los hospitales, realizada por el ex jefe de programa que ahora está trabajando en Buenos Aires para la OPS, que revela bajos índices de cobertura y que durante estos últimos tiempos el Departamento de Vigilancia Epidemiológica que maneja las inmunizaciones ha estado sin una jefatura y las vacunas prácticamente han sido repartidas sin una regla general.

También doctora –conociendo su trayectoria y que manejó una política en TBC- tengo dos datos sobre este tema. En el año '88, 5.2 y en el año '89 5.3, quisiera saber quién era el responsable en ese momento de esta política en TBC; y en el caso de sífilis, que es otro tema que me preocupa, tengo algunas cifras que me marcan 2.3 en el año '84; en 1985, 4.0; en 1986, 4.4; en 1987, 3.4; 1988, 3.2 y 1989, 0.2 ¿Quién es el responsable y qué es lo que está pasando con la sífilis en la provincia? No sé si ha quedado clara la pregunta, es sólo con el ánimo de informarme bien al respecto y para tener una clara idea de lo que está pasando con estos programas.

SRA. CABRERA – En lo que hace a la leche es real que el año pasado la adquisición de kilogramos fue inferior a la de otros años, recién hacia fin de año recuperamos la compra de 20 mil kilogramos mensuales que luego ampliamos a 24 mil que es lo que se está repartiendo en este momento mensualmente.

Cuando comentó el tema de dación de leche, acoté que hubo modificaciones a las normas, orientándolas específicamente a los desnutridos de 0 a 6 años, embarazadas desnutridas y a posteriori se incorpora a los de muy alto riesgo.

O sea obedeciendo a la restricción de leche que realmente tuvimos, le reitero, eso se hizo en base a la realización de un taller provincial de rehabilitación nutricional con enfoque de riesgo, dado que la provisión de leche con la que contábamos era menor a la que tuvimos otros años y recién a fin de año pudimos recuperar los 20 mil kilogramos mensuales, ampliarlos a 24 y es la cifra que estamos manteniendo y pretendemos mantener a lo largo del año. Para ir en orden me voy a referir primero a las vacunaciones. Las vacunas fueron repartidas en acuerdo a la cantidad de nacidos vivos en forma conjunta por el programa de maternidad e infancia y la Dirección General de Programas, hasta que se consiguió cubrir el cargo del Departamento de Epidemiología, y en este sentido, un poco como decía hoy el señor ministro, que es lo que pasa que tenemos tan buenas coberturas, esto es producto de que se han realizado prácticamente en todos los hospitales de la provincia capacitaciones del equipo de salud en el programa ampliado de inmunizaciones; este tema cadena de frío, cronograma de vacunaciones y demás es algo que manejan el equipo de salud de Río Negro, tanto a nivel de enfermeras, agentes sanitarios para la detección, pediatras, por supuesto, que controlan los esquemas y es nuevamente controlado en salud escolar, o sea considero que es uno de los temas que difícilmente, salvo faltas de vacunas a nivel nacional, vamos a tener problemas.

En lo que hace a sífilis y tuberculosis son dos programas distintos. La tuberculosis prácticamente ha estado dependiendo de los niveles locales con la descentralización de la compra de tuberculostáticos a nivel zonal y en lo que hace a sífilis integra el programa de TS cuya jefatura de programa ha sido bastante irregular; en 1989 estuvo la doctora Tello y en este momento está la doctora Grisolia. Con algunos intervalos de falta de cobertura de jefes de programas.

De cualquier manera, tanto la tuberculosis como la sífilis son enfermedades que depende mucho, no de una protección de vacunas, sino de una realidad socio-económica que indudablemente se ha agravado y trae aparejado todo este tipo de problemas de salud.

SR. SORIA – Hay dos temas que indudablemente preocupan a la sociedad rionegrina. Ayer cuando conversábamos con una técnica radióloga nos decía: Yo hace tres años que estoy trabajando en el hospital de San Antonio Oeste y todavía no tengo un dosímetro; es una chica joven, y todos sabemos lo que pueden producir las radiaciones. Este ejemplo se repite en otros hospitales y quisiera saber hasta cuándo va a suceder esto y qué medidas se van a implementar a partir de ahora para que estos trabajadores de la salud se sientan de alguna manera protegidos. Y otro tema que también quisiera preguntarla a la doctora Cabrera, en una oportunidad, al visitar el hospital de Viedma, vi con sorpresa como el servicio de oftalmología realizaba las prácticas y como revisaban a los pacientes, sinceramente allí sí que compartía el artículo del diario de hoy cuando el ministro hablaba del subdesarrollo.

Yo creo que esto tenemos que darle una solución y quisiera saber qué tienen pensado para solucionar estos dos problemas puntuales en los que estoy haciendo hincapié.

SRA. CABRERA – La dosimetría del personal de rayos hace exactamente tres años que no se realiza. Hace tres años que la Comisión Nacional de Energía Atómica no ejecuta más las dosimetrías, tampoco a nivel privado en este momento se cuenta con dosaje; hacemos periódicamente –y espero no confundirme- algunos dosajes de pérdidas de radiaciones a nivel de aparatos y sala de rayos pero este aparato con el que contamos, lamentablemente no sirve para hacer la evaluación de contaminación del personal; esto es realmente preocupante y espero que podamos recuperarlo a través de la Comisión Nacional de Energía Atómica ya que sin duda es importante para nuestro personal.

Oftalmología carece crónicamente de equipamiento y en lo inmediato contamos con que a través del presupuesto que se apruebe en esta Legislatura, hay 1.000 millones para equipamiento liviano, a efectos de comenzar a proveer algo de equipamiento a los servicios de oftalmología que están irregularmente provistos; en Bariloche se compró algo de equipamiento a través del fondo de obras sociales; en Viedma no se ha adquirido hasta el momento pero parte del subsidio conseguido del ANSSAL estaba dirigido a la adquisición de elementos de oftalmología. Nosotros, con el presupuesto que tengamos para equipamiento vamos a colaborar con los hospitales pero es real que el Hospital de Viedma carece de equipamiento en esta especialidad.

SR. SORIA – Señor presidente: Es indudable que a través de toda la interpelación, los legisladores han tocado un tema muy importante, y tanto el señor ministro como la doctora Cabrera han coincidido en la importancia que tiene el tema referido a los salarios de los trabajadores de la salud. Yo quiero aportar y manifestar que con referencia a este tema existe un sector que no ha sido atendido tampoco, técnicos y profesionales de nivel central; quedó flotando por allí un 35 por ciento de una conquista salarial pero más allá de esto quiero hacer un planteo al señor ministro para que luche desde su posición, porque ponerle un techo al nivel científico es atentar contra el desarrollo de la provincia. Creo que se debe reivindicar a estos trabajadores de la salud porque lo merecen y porque es la única forma de llevar adelante planes coherentes de salud, por eso, señor ministro, quisiera que usted me explique cuáles van a ser las políticas inmediatas a partir de mañana para que esto no suceda nuevamente. Usted ya lo ha aclarado pero quisiera que lo clarifique un poquito más.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Con respecto al personal técnico de nivel central que preocupa al señor legislador, había ocurrido una omisión de una bonificación que en este momento se ha solucionado y van a cobrar igual que el resto de los trabajadores de la salud, así que le podemos dar tranquilidad al señor legislador Soria.

SR. SORIA – Por último, señor presidente, porque indudablemente usted está un poquito cansado, quiero retomar nuevamente un tema sobre el que todos los legisladores que me precedieron en el uso de la palabra han hecho hincapié y es indudable que yo también tengo que solicitar al señor ministro y al mismo tiempo brindarle una aclaración con respecto al tema de la ley que ha sido vetada y que fuera sancionada por esta Legislatura. La ley de uso de material descartable, que fue interpretada como una ley de avanzada para la provincia, atendiendo a que en el año 1980 hace eclosión en el mundo una nueva patología que conmueve todos los cimientos y estamentos sociales del mundo, el tema del SIDA y hoy con sorpresa y alegría veo que Salud Pública está tomando acciones firmes al respecto, pero esta ley era de avanzada y no comparto las expresiones del señor ministro vertidas en el diario de hoy, según las cuales desgraciadamente nos colocaría como un país subdesarrollado. Creo que si aunamos esfuerzos, si concretamos normas de avanzada, podemos llevar adelante el país y saldremos del subdesarrollo. A eso apuntaba esta norma y eso es lo que hoy quería aclarar al señor ministro.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Para no volver a contestar los mismos argumentos que ya hemos detallado, queremos aclararle al señor legislador que de ninguna manera nos oponemos al progreso o a una legislación de avanzada, simplemente quisiéramos que se tuvieran en cuenta los criterios técnicos y de hecho ponemos a disposición de la Legislatura a nuestro equipo de técnicos para que este tema sea rediscutido.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Epifanio.

SR. EPIFANIO – Gracias, señor presidente.

En el comienzo de esta interpelación el señor ministro manifestó algo así como que lo que necesitamos son denuncias y quiero tomar como documento de trabajo precisamente una denuncia. En realidad tampoco es una denuncia, sino un aporte.

Los últimos días de diciembre del año pasado se reunieron en Jacobacci representantes del Consejo Asesor Indígena, 90 delegados de todos los parajes de la Línea Sur y plantearon todos sus problemas al respecto. Esto dio origen a un documento llamada “*Nuestra Salud*” que fue presentado al señor ministro.

En consideración al tiempo que llevamos, voy a hacer esta sola pregunta y es relacionada con este documento en donde se plantean los problemas en las distintas zonas y lo que me interesa conocer son las acciones que se han llevado a cabo para resolverlas, ya que dice: “*Zona Jacobacci, no hay puestos sanitarios ni agentes sanitarios en la mayoría de los parajes; en varios no hay visitas médicas, como en Cerro Mesa, en Chaiful Abajo, en el Doradillo, en Pampa Alegre y en Cerro Bandera. En los restantes parajes las visitas son muy irregulares, pasando a veces hasta un año sin ellas, salvo en el paraje Atraico. No existe ninguna coordinación con las organizaciones de los pobladores. Incluso se niega permanentemente, por parte de la dirección del hospital, la posibilidad de un trabajo conjunto. Esta actitud negativa se ha puesto de manifiesto también al negarse a participar en el consejo de emergencia que funcionaba ante la crisis de invierno. Zona Maquinchao, faltan puestos sanitarios y agentes sanitarios. En Aguada La Piedra, Huaca Laufque, Sierra Apas y Barril Niyeu, no hay visitas médicas.*”

“En otros parajes han empezado recientemente en función de una buena disposición por parte de las autoridades del hospital para tratar de ser respuesta y de coordinar los trabajos, el hospital es muy chico y mal equipado. Zona Los Menucos, faltaron elementos para un análisis completo; en el paraje Caltrauna no existe ningún tipo de atención médica y hay muchos pobladores, siendo sus situación económica muy mala. En el paraje Prahuaniyeu, el agente sanitario no está casi nunca. Zona Comallo, faltan puestos y agentes sanitarios, las visitas médicas se hacen con regularidad y se ha puesto de manifiesto una excelente predisposición para coordinar todo el trabajo con las organizaciones del lugar. Esta tarea conjunta se traducía en resultados concretos que determina una mejor atención que en otras zonas de la Línea. Zona Pilcaniyeu, faltaron elementos para un análisis completo, en general no hay un trabajo conjunto con las organizaciones y falta atención en la mayoría de los parajes”. Plantean también la falta de cumplimiento de la ley integral del indígena, en una parte de su articulado referido a salud citando los artículos 37, integración de los productores al IPROSS, 43, construcción de puestos sanitarios y designación de agentes sanitarios del paraje. 44, puesta en marcha de los consejos hospitalarios y 45, participación en la elaboración de los planes de salud. En base a este documento que fue entregado al señor ministro hace aproximadamente seis meses, quisiera una evaluación sobre las acciones que se han realizado, dado que tengo información parcial, porque es imposible cubrir una zona realmente tan grande.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Es evidente que es muy amplio el requerimiento y vamos a tratar, en base a la información que nos brinda la zona sanitaria y así sucintamente en la zona de Ingeniero Jacobacci, se inició la formación de promotores de salud tal cual estaba solicitado y se aumentaron las visitas. En Ingeniero Jacobacci, creo que ha habido dos problemas, uno ha pasado por la comprensión del problema a cargo de las nuevas autoridades del hospital y el segundo con vehículos que ya han sido solucionados. En la zona de Maquinchao faltaron profesionales, eso es algo de los que somos conscientes y lo citamos en la campaña. Caltrauna tiene una visita una vez al mes y en Prahuaniyeu los agentes sanitarios estaban con licencia por maternidad en el momento de esta denuncia.

Es evidente que la problemática rural requiere un control de gestión muy estricto y evidentemente la amplitud de la pregunta nos impide contestar con mayor precisión, pero pongo a disposición del señor legislador la información que el Consejo le pueda brindar con más detalle en cada uno de sus puntos.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra la señora legisladora Severino de Costa.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Señor ministro: Quisiera formularle una pregunta sobre el hospital de Bariloche, no me voy a referir a la ropa interior porque ya sería hacer demasiado famoso el tema, puede haber parecido anecdótico pero en su momento conmovió a toda la comunidad por ser quien lo decía.

Con respecto a este hospital pudimos observar unas películas que usted nos hizo ver en la que se veía la pronta terminación de un quirófano el que le falta un ascensor y con el cual se contaría con tres quirófanos y uno para quemado.

La práctica diaria en el hospital de Bariloche, si bien de tanto soñar este quirófano va a ser excelente, es que por ahora se practican operaciones en sala de cesáreas y en sala de partos, entonces quería preguntarle frente a esta circunstancia, cómo piensan resolver los problemas del área quirúrgica, actividad que se está desarrollando de esta manera tan mediocre desde el punto de vista de la implementación y tan loable, con un esfuerzo humano tremendo, por parte de quienes la practican.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Le decía hoy que estaba muy próxima la solución final de los quirófanos de Bariloche, el único problema no es el ascensor sino también la conexión eléctrica que tuvo varios enfoques y que fue sometida a diversas consideraciones porque también se ponía en el medio toda la instalación eléctrica del hospital de Bariloche; en este momento ya se han remitido 40 millones de australes con los cuales, una vez hecha la instalación eléctrica, los quirófanos de Bariloche están en condiciones de ser inaugurados en un plazo breve como para poder dejar de utilizar las instalaciones que se acaban de mencionar.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Con respecto al tema del quirófano de quemados, por el momento no existe ni siquiera una sala asignada, querría preguntarle en qué perspectiva de tiempo usted ha anunciado este tema de quemados.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Usted sabe, coincidimos con lo que decía hace un rato, el respeto que nos merece la jerarquía científica del doctor Odriozola, el proyecto de un quirófano de quemados es un proyecto personal del doctor Odriozola, pero la puesta en marcha de un servicio de quemados no se remite solamente a tener un quirófano, el tratamiento del quemado es extremadamente caro, requiere de otra tecnología, requiere medicación específica y tendrá que ser sometido a un análisis de costo-beneficio muy estricto, si se puede o en qué momento se puede llegar a inaugurar un servicio de quemados en el hospital de Bariloche, manteniéndose mientras tanto la derivación hacia centros especializados ya funcionantes como los hospitales de Mendoza, Córdoba y Buenos Aires.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Señor ministro: Con todo respeto, para no generar falsas expectativas a gente que está pendiente de la información que le vamos a brindar a partir de hoy, no podemos pensar –por lo que usted dice– en un plazo cercano poder contar con ningún tipo de quirófano para la atención del quemado, más allá de la voluntad que se presta, de hecho hubo un caso bastante grave, hace dos días se ha atendido y operado a un quemado, pero no podemos generar una expectativa de que se va a contar con un quirófano de quemados.

SR. MINISTRO (Sarandría) – De ninguna manera, si yo lo dije fue casi por inercia porque así me lo explicaron cuando visitamos el hospital, pero coincido con usted en no generar ninguna expectativa en cuanto a la instalación de un servicio de quemados, posiblemente se destine ese quirófano que mostramos a la atención de algún tipo de quemados, pero el gran quemado es toda una seriedad terapéutica en la cual seguramente tenemos a la persona idónea pero requiere de un profundo estudio de costo-beneficio.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Quería mencionarle algunos datos que yo tengo, querría saber si usted los confirma, que están pendientes –porque se están realizando eventuales operaciones programadas y se está trabajando fundamentalmente en base a las urgencias- doscientos enfermos de hidatidosis en la IV Zona que no han sido operados y que ya llevan un término de más o menos cuatro años pendientes.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No puedo decirle exactamente la cantidad pero si usted la tiene será confiable, sabemos que una de las primeras actividades a las que va a tener que abocarse el equipo quirúrgico de Bariloche

–ante la inauguración de los nuevos quirófanos- es a resolver los problemas suscitados por esta rémora en los pacientes portadores de quistes hidatídicos. De alguna manera, el doctor Odriozola en una visita, me ha reseñado qué estrategia tiene pensada para ir solucionando este problema con la mayor rapidez y eficiencia, si algunos de estos pacientes tuviera alguna complicación de su quiste hidatídico y no se pudiera resolver en la ciudad serán derivados.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Hay un tema que particularmente es de preocupación, por lo menos comentado entre los vecinos de la zona andina y es la expresión de estado de ánimo quebrado que creo es el diagnóstico más grave que vive el personal médico porque una cosa es la falencia material – según lo que hemos escuchado, con lo que hemos coincidido y diferido en algunos matices- y otra cosa es el estado de ánimo y la sensación que se percibe en el trabajo del hospital. Teniendo en cuenta lo manifestado por usted y la doctora Cabrera en una reunión que mantuvimos con miembros de la interhospitalaria y colegas legisladores de la Comisión de Asuntos Sociales, una de las cosas más valiosas de que dispone esta provincia es el recurso humano; teniendo en cuenta ese estado de ánimo tan peligros, nos llegamos a preguntar si cuando esté terminado ese quirófano, con el que soñamos, habrá alguien que opere dentro de él; nos preocupa mucho el tema. Justamente por esas condiciones queremos plantearle en qué forma Salud Pública tiene previsto encarar la situación de permanente riesgo legal a que está sometido el médico por practicar su profesión en situaciones que lo ponen en riesgo de poder ser acusado de mala praxis y de quedar inhabilitado, ya que realmente lo hace ante la opción de tener que manejarse de esa manera o dejar de atender a un paciente.

SR. MINISTRO (Sarandría) – En oportunidad de la primera emergencia sanitaria nosotros elaboramos normas que hoy hemos reseñado en algunos aspectos y también conociendo esa preocupación de los señores profesionales, consultamos a autoridades judiciales en la materia. La preocupación por el estado institucional es algo por nosotros compartido, de ninguna manera podríamos desconocer que hay descontento, malestar, patología institucional, cosa que no es privativo del área de salud en la Argentina y quienes conocen del tema no dicen que tampoco es privativo solamente de los salarios. Como nos preocupa y como es algo que aparece siempre en sucesivas reuniones del Consejo de Salud Pública, es un tema sobre el cual estamos trabajando y esperamos pronto, no producir el milagro de tener a todo el mundo contento, pero sí ver que modificaciones es necesario introducir para modificar esa situación. En cuanto a su pregunta, efectuamos una consulta letrada que nos informó de esta manera: *“Los delitos de abandono de personas o de omisión de auxilio previsto en los artículos 106 y 108 del Código Penal requieren para su configuración que el sujeto a que se responsabilice actúe con dolo, esto es con la representación mental de resultado dañoso y de la deliberada voluntad de producirlo. En el primer caso el elemento objetivo consiste en poner peligro la vida o salud del otro colocándolo en situación de desamparo y en el segundo supuesto incurre el que encuentra perdido o desamparado a un menor de 10 años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera y omite prestarle el auxilio necesario”*.

Es decir que tanto el abandono como la omisión de auxilio son delitos dolosos que requieren la voluntad del sujeto responsable, por consiguiente ningún médico o agente de la salud puede ser responsabilizado por estas figuras penales como consecuencia de no disponer de medicamentos o insumos necesarios para prestarle la debida atención.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Usted ya se ha asesorado, así que si es tan amable seguramente me podrá ampliar el concepto, hubo un ejemplo en que por falta de asepsia de los elementos que correspondían y ante la inminencia de una operación, en un hospital de la provincia se tuvo que lavar al paciente con agua y jabón, como no comprendo el alcance técnico no sé si es suficiente y como usted además de su profesión, de la calidad en que se desenvuelve como ministro de Salud Pública de esta provincia conoce el alcance legal, quisiera que me explicara por favor si en este caso, ante la falta de que una asepsia depende del agua y jabón, el médico ante la situación eventual de una infección que no pueda controlar tiene algún tipo de cobertura.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Yo no conozco el caso, si se ha producido no ha llegado la denuncia al Consejo y sería bueno tenerla, además habrá que analizar si no tuvo otra alternativa, si tuvo que actuar realmente como un caso de cirugía de guerra o si tuvo alguna alternativa de derivación o de contar con los insumos para la técnica corriente. De todas maneras me llama mucho la atención, el lavado con agua y jabón es el mejor método de limpieza, pero evidentemente no es el mejor método de asepsia y me extraña que ante una situación de esa envergadura y con esta preocupación constante que se tiene no haya llegado la notificación al Consejo.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Le voy a alcanzar con mucho gusto los datos precisos para que usted los corrobore. Otra pregunta que quería hacerle a raíz de la inquietud que usted ha manifestado –y como bien dijo la doctora Cabrera se ha tocado en reiteradas oportunidades durante este informe suyo- sobre el tema de medicamentos; había quedado una preocupación pendiente a raíz de una denuncia que se efectuó en el mes de julio de 1989 ante el Consejo de Salud Pública pero de la que se tuvo conocimiento público en esta Cámara el 21 de setiembre del mismo año cuando se tomó noción de que frente a necesidades básicas inminentes, el hospital de San Carlos de Bariloche había detectado que en su depósito tenía vencido una cantidad de material: 120 Butterfly número 25 –en ese día no tenían ninguno para poder usar y estaban vencidos-; 6 bolsas de sangre, 70 sachet de Bario; 30 sachet de Dextrosa de 500 centímetros; 12.000 ampollas vencidas de Gentamina 400 –y pediatría no disponía de ninguna ese día-; 8.000 ampollas de un gramo que habían vencido en el año 1989 y 20 frascos de Halotano de 250 centímetros vencidos en octubre de 1988, algunos de estos elementos a precios actuales representan una cifra de 453 millones de australes.

En aquel momento yo recuerdo su inquietud, su preocupación, tanto como la de la doctora Cabrera, que en esa oportunidad no estaban en estas funciones y entonces quiero preguntarle para darle una respuesta a la comunidad que había quedado pendiente, quién decide en Río Negro que se recepcionen en la provincia cantidades de medicamentos que exceden las necesidades que están previstas, si se ha realizado una investigación para determinar ese error tan garrafal ¿Cómo puede ser que venzan tantas cantidades? ¿Por qué nadie sabía este dato? ¿Por qué se compraron? ¿Por qué se mandaron de más? ¿Y básicamente, si se inició un sumario como correspondía para hacer la investigación?

SR. MINISTRO (Sarandría) – La doctora Cabrera tiene en sus manos el sumario y le va a leer algunas conclusiones.

SRA. CABRERA – Sí, se realizó un sumario en esa oportunidad y lamentablemente este tema de medicamentos vencidos no fue exclusivo del hospital de Bariloche. Durante los años 1986/87 se recibieron en la provincia cantidades más que importante, impresionantes de medicamentos del Programa FAM, para cuya distribución no fueron consultadas las provincias. Esto llevó a una acumulación de medicamentos en nuestros hospitales que, de acuerdo a su tiempo de vencimiento al momento del ingreso, lamentablemente se vencieron. Algunos de estos medicamentos se pudieron intercambiar entre las zonas u hospitales, pero resulta que estaban todos en las mismas condiciones y lo mismo nos pasó con las provincias vecinas. De hecho algunos medicamentos de Bariloche fueron derivados al Hospital de Neuquen y en el sumario consta una copia de la nota de agradecimiento de director de dicho hospital en apoyo a esta acción regional, pero la situación era similar en muchas provincias, no sólo por la cantidad sino porque al no participar la provincia en las compras, tampoco seleccionó los medicamentos y mucho de los que se recibieron o son de uso muy restringido o directamente no son utilizados por los profesionales, tal es el caso del Cloranfenicol o algunos otros de uso restringido.

En el caso puntual de algunos materiales descartables como son los canalizadores, los butterfly, nos informaron en esa oportunidad que el problema era su mala calidad y fueron retenidos sin uso porque se desprendían las aletas, o sea que lamentablemente fue producto de una compra de material de mala calidad. A eso se sumó un problema de falta de información entre nivel central y las áreas, que hemos tratado sucesivamente de mejorar por distintos medios, desde el funcionamiento de un comité y de coordinadores zonales de farmacia, sin gran resultado; implementación de planillas de informe de consumo y de stock, con variable resultado y recientemente otro intento, aprobamos por resolución, con el agravante de que se suspenderán los envíos de fondos si no hay una rendición correcta de las compras y de los consumos establecidos, el envío a las zonas sanitarias de los hospitales planillas impresas para un año, cosa que ni siquiera haya que escribir, va a bastar con poner un número para que tengamos idea del stock y del consumo de cada hospital, que realmente es un dato que no lo contamos en forma fehaciente.

Eso es un poco en general lo que sucedió lamentablemente con los hospitales, no sólo con los de la provincia de Río Negro. Parte de los medicamentos, en algunas zonas donde hay producción, se han recuperado utilizando por ejemplo, la Gentamina, que si bien no se la puede usar como inyectable, que lo que hace es bajar su nivel de eficiencia, se la ha utilizado para fabricación de cremas y demás, o sea tratando de disminuir en algo esta pérdida tan importante que significó el vencimiento de estos medicamentos.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra la señora legisladora Severino de Costa.

SRA. SEVERINO DE COSTA – A mí me preocupa fundamentalmente porque el hecho fue de dominio público y a través de una conferencia, acá, en Bariloche y en la zona andina lo conocían. Usted dése cuenta que la mayoría de los medicamentos –por lo menos esa fue la información que se recibió- fue enterrado o quemado, en una época, en un momento de una situación muy difícil, en la que pensar que tanto dinero se tiraba o se quemaba cuando podía haber sido distribuido o por lo menos hace pretender que quien recibió esa cantidad de medicamentos, si usted dice deficientes en algunos casos, en otros según el informe provisto, venían vencidos, hay que determinar fehacientemente –y es lo que creo que tiene que salir a la luz quiénes son los responsables,

de dónde vinieron y por qué se compraron, porque si aceptamos con toda naturalidad que son deficientes, mañana va a ocurrir lo mismo, a pesar que usted dice que ahora se han centralizado las compras, tal vez no ocurra, pero creo que hay que dejar totalmente claro, definido y transparente de quién es la responsabilidad y qué medidas se tomaron porque si no empezamos a ejemplarizar medidas para este tipo de situaciones corremos el riesgo de volver a encontrarnos en cualquier momento con compras descomunales que terminan enterradas o quemadas.

SRA. CABRERA – No dije medicamentos diferentes, me refería exclusivamente a los butterfly mencionados que estuvieron detenidos sin uso, o sea, que el intentar rastrear el momento de la compra era bastante difícil, en general hemos propendido que en las compras de material descartable se exija el acompañamiento de una muestra para garantizar la calidad de lo que compramos. El excedente de medicamentos se debió al fondo de ayuda medicamentosa, vemos que Bariloche ha provisto, por ejemplo, al hospital de Neuquen con medicamentos que vencían en diciembre de 1989 y en los primeros meses del '90 por el excedente que había. Como le dije anteriormente, esto no sucedió solamente en situaciones similares, las provincias no fueron consultadas para la compra, nos sirvió a posteriori para intentar el ordenamiento del sistema, pero el recupero de esos medicamentos entregados a la provincia no fue posible y no dije que íbamos a centralizar la compra, al contrario, un excelente argumento más en pro de la descentralización de la compra, ya que en el mismo informe se constata que ninguno de los medicamentos comprados a nivel zonal se venció, porque lógicamente la compra cuanto más próxima a la necesidad se realiza, más posibilidades de acierto tiene, o sea, no dije que íbamos a centralizar, mantenemos firmemente la compra descentralizada, salvo en los medicamentos de primer nivel como había dicho antes, que si los centralizáramos los volvíamos a centralizar, pero con la simple finalidad de garantizar la provisión y con la plena seguridad que van a ser consumidos en un mes inmediatamente.

SR. PANDOLFI – Quizá por lo avanzado de la hora me parece que hay un tema que la doctora Cabrera no repitió en su respuesta, quisiera que lo aclare, porque si yo entendí bien la primera parte de su respuesta, antes de la repregunta de la legisladora que está en el uso de la palabra y a la que le agradezco esta interrupción, la doctora Cabrera dijo que esta compra había sido proveniente del fondo de ayuda medicamentosa, es decir, efectuada con fondos nacionales, si es que entendí correctamente, de modo tal que esta circunstancia producida con la llegada de los medicamentos vencidos o próximos a vencerse no fue consecuencia de una compra efectuada por la provincia de Río Negro con fondos propios sino un aporte nacional con fondos nacionales de envíos de cantidad de medicamentos que precisamente por no haber sido presupuestado previamente por cada una de las provincias que recibieron similares envíos, produjeron estos resultados ¿Entendí bien, doctora Cabrera?

SRA. CABRERA – Sí, exactamente fue así.

SRA. SEVERINO DE COSTA – En su oportunidad, doctora, justamente cuando planteamos esto, con el afán de determinar responsabilidades, no de buscar culpables sino deslindar responsabilidades para evitar que en el futuro se repitan estas situaciones.

Usted había explicado que las fuentes de provisión de medicamentos venían del orden nacional y provincial y, según lo había explicado el doctor Sarandría, no se podía determinar y había superposición de medicamentos, inclusive dijo algo que me llamó la atención, lo tengo acá en el acta, creo que es casi textual lo que le puedo decir, si usted quiere lo busco no hay ningún inconveniente, y es que antes de tirarlos los mandaban. Si bien, como dijo el legislador preopinante, había medicamentos que venían del FAM, ustedes muy bien aclararon que la superposición se había producido y no podían determinarla porque los orígenes también venían de medicamentos provistos en la provincia.

SRA. CABRERA – En oportunidad que se establece el programa FAM, la provincia tenía organizadas sus licitaciones exclusivamente a nivel central de determinadas compra de medicamentos. Lo que ocurrió no fue que durante todo ese año la provincia no compró medicamentos sino que llevó adelante las licitaciones iniciadas y luego otras. En tal sentido la provisión de medicamentos FAM, que creó la comunicación era por radiogramas y se recibía por módulos en forma irregular e inconsulta a la provincia, produjo de provisión de lo que podía llegar después desde nación y las cantidades de medicamentos que llegaron fueron fabulosas y si en ese momento nosotros hubiéramos tenido el sistema de compras centralizado o una visión acabada de lo que abarcaba el programa FAM en su totalidad, sin duda que las pérdidas hubieran sido menores, no lo tuvimos en ese momento.

SRA. SEVERINO DE COSTA – ¿Estamos hablando de julio del '89, no es cierto doctora?

SRA. CABRERA – No, usted me habla de la fecha de vencimiento de los medicamentos, no de la fecha de ingreso a la provincia. En julio del '89 las compras ya eran totalmente descentralizadas.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Perdón, la denuncia se efectuó en julio del '89, es decir que el vencimiento fue verificado en julio del '89, inclusive con algunos elementos que habían vencido en el año '88.

SRA. CABRERA – Exactamente, porque los medicamentos tienen una fecha de duración, entonces al existir acumulación –digamos- se vencieron en el '88 y algunos en el '89 incluso le comenté que la fecha de vencimiento de los medicamentos que se remitieron al hospital de Neuquen, era diciembre del '89, obviamente si los entregó el hospital de Bariloche o la Zona Sanitaria era porque tenía para su zona y repartía el excedente.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Quisiera insistir sobre un sólo aspecto, no solamente no tenían sino que la evaluación que se hizo de doce mil ampollas, esa cantidad era la previsible para el consumo provincial y fue asignada a una localidad, lo que naturalmente iba a ser absorbido más allá de la fecha de vencimiento.

SRA. CABRERA – Indudablemente, se dio en todas las localidades, hubo algunas que incluso consiguieron hacer recambio a nivel de laboratorio, sobre todo con algunos anestésicos como Halotanos, se consiguió –previo a la fecha de vencimiento- devolverlos a los laboratorios o cambiarlos por otros medicamentos. Se intentaron muchas vías de recupero y si se enviaron doce mil ampollas a la IV Zona Sanitaria es una muestra de la cantidad que había en la provincia que, por otra parte, no faltaba en los otros hospitales cuando se repartieron esas cifras.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Señor ministro: Otra inquietud que quería plantearle es el tema de las derivaciones, si es que es así porque a veces ponemos en duda, por falta de conocimiento o por la práctica diaria que vemos, si el hospital de Bariloche reúne las condiciones para ser de complejidad 6 como está funcionando y que, además, recibe las derivaciones de otros centros de menor complejidad.

La pregunta que quiero hacerle es ¿Cuál es la solución propuesta para este tipo de problemas con que se enfrenta a diario teniendo que absorber una zona en la que está bastante aislado con respecto a los otros hospitales de la misma complejidad?

SR. MINISTRO (Sarandría) – El hospital de Bariloche es, sin ninguna duda, de complejidad 6, más allá de las falencias de funcionamiento que ocasionalmente pudiera tener. Diría que es un hospital de complejidad 6 con algunos aditamentos, tiene servicio de neonatología, de terapia intensiva, servicios de seguridad básicos, cuenta con 9 cirujanos, de manera que este hospital está en condiciones de recibir pacientes de centros de menos complejidad; el hecho de que ocasionalmente pueda resentirse su funcionamiento no hace que disminuya su capacidad, disminuye su capacidad operativa; creo que es un hospital, más allá de las falencias que todos aceptamos, también tiene cosas buenas y lo tenemos programado como para ir teniendo a una máxima complejidad regional, de manera que obviamente tiene que responder a las derivaciones de los hospitales de menor complejidad, incluso en un futuro zonalmente le corresponde ser hospital de referencia en la región.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Quisiera aclararle, la gente de la zona y de mi pueblo lo puede aseverar, que he vivido elogiando permanentemente al hospital de que disponemos, por eso duele el estado de deterioro en que se encuentra, fundamentalmente vuelvo a repetirle el estado anímico que la gente que semana a semana va decaendo. De ninguna manera estoy atacando, ni quiero dejar de elogiar las cosas buenas, porque cuando a alguien le preguntan en Bariloche ante un problema de urgencia adónde va, sin ninguna duda contestan al hospital. La pregunta que quería hacerle es con respecto a un problema que yo sé que usted conoce y que pienso que puede generalizarse en la provincia a lo mejor no, usted dirá, que es la falta de cumplimiento y se puede verificar, ya que hay un caso en El Bolsón frente al compromiso asumido por un médico al que se lo ha hecho venir a vivir a la Patagonia, perdón el ha elegido venir a vivir, pero con una condición mínima, la vivienda. Se le prometió la vivienda, las de salud pública están ocupadas, le pediría por favor que profundizara la investigación y ver si realmente están ocupadas por quienes corresponde, porque los datos de que dispongo son que en dos casos hay gente que no corresponde, pero lo dejo como una pregunta para que usted oportunamente pueda responderla, no quiero formular un cargo hasta que usted no lo verifique, pero lo cierto de esto es que El Bolsón se va a quedar sin un médico porque no puede asumir el compromiso de pagar un contrato de alquiler ante una promesa efectuada y se va a tener que ir. El problema del médico es individual, pero el de la comunidad de El Bolsón es serio, porque si costó que este médico se quedara, conseguir un nuevo anestésista pienso que va a ser muy serio, entonces de qué manera el Ministerio de Salud Pública piensa resolver el problema permanente y sistemático de la vivienda de los profesionales.

Hay que dividirlo en dos aspectos, hay lugares donde la provincia toma el compromiso de brindar las viviendas y en otros lados cuenta con viviendas con la intención de facilitar el traslado de algún profesional, que esa vivienda sea ocupada temporariamente hasta que el mismo se establezca y luego cedida a otro que venga posteriormente. La doctora Cabrera va a profundizar más el tema pero en el caso de El Bolsón, si bien nosotros le hemos aclarado al profesional que usted cita que no ha sido personal responsable del Consejo o desgraciadamente lo era quien le hizo la promesa y desafortunadamente ya no está, nosotros estamos en conocimiento del tema y buscando soluciones para este profesional en base a una justicia distributiva en la cantidad de viviendas que tenemos a disposición en El Bolsón. Me gustaría que la doctora Cabrera profundizara un poquito en esto.

SRA. CABRERA – Este tema nos preocupó, obviamente en conocimiento a través del profesional y de la preocupación que nos hizo llegar la señora legisladora. Hemos conversado con la municipalidad de El Bolsón el problema de las cuatro casas y la conclusión es la siguiente: El terreno es municipal, la construcción es del IPPV y hay un préstamo precario para habilitabilidad por parte del Consejo de Salud Pública. Se iniciaron las conversaciones con los concejales a efectos de firmar un acuerdo para que el Consejo Provincial de Salud Pública tenga en sus manos algún convenio más firme que le permita determinar qué agentes deben habitarlas. Proponemos además la creación de un fondo con un porcentaje mínimo de los salarios para mantenimiento y aplicar el criterio que mencionó el doctor Sarandría estableciendo un plazo máximo de ocupación, o sea establecer 2 ó 3 años –eso será lo establecido a posteriori con conocimiento de los profesionales que la ocupan por supuesto- porque pensamos que salvo en algunas localidades donde posiblemente no se tienda a un establecimiento permanente del personal, debemos lograr con las viviendas que tenemos, dado el número de viviendas con que contamos, un mejor y más justo aprovechamiento. Esto no se está dando por ejemplo en El Bolsón donde según nuestro relevamiento una de las viviendas está ocupada desde 1981 por un matrimonio profesional –esto es indudablemente una injusticia- otra está ocupada por un técnico de saneamiento desde hace 3 años, otra por el administrador del hospital desde hace 2 años y la última por el médico cirujano desde hace un año, o sea que nuestra intención es avanzar en los términos que especifique y a través de eso darle una solución al problema de este profesional en particular pero además contar con casas a las que recurrir puntualmente para auxiliar el establecimiento del profesional en el lugar durante los primeros años.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Es fundamental lo que usted está diciendo, que se va a normatizar el compromiso que se asuma frente a un profesional, solamente quisiera recalcar dos cosas con respecto a un tema que expresó el doctor Sarandria, lamentablemente las instituciones asumen los compromisos y si los funcionarios van a desempeñar otros roles los que quedan heredan los problemas, no pueden desentenderse, o sea, es cierto que el compromiso no fue asumido en la gestión de ustedes pero sí lo fue por el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Río Negro frente a un profesional que quería nada menos que venir a trabajar en un área de frontera y el otro tema que específicamente quiero manifestar es que ante la voluntad manifiesta por usted de normatizar esta situación, se tenga en cuenta la urgencia que el caso requiere porque si no se vana enfrentar al problema por un lado de tener que normatizar y por otro lado tener que cubrir las vacantes que se van a ir produciendo.

Con respecto a lo que usted dice, doctora, del estado de las casas, si son de Salud Pública se verá el criterio, como usted manifiesta, pero lo más grave de este caso y es lo que quiero recalcar –no lo digo como denuncia sino como un pedido porque es una información que tengo y que no he verificado, no acostumbro a dar informaciones gratuitas sin verificar- que dos de las casas son de personas que tienen otros bienes y en este caso sí ya se convertiría en una absoluta inmoralidad.

SRA. CABRERA – Realmente los datos con que cuento hasta el momento –y está pendiente el viaje de un asesor legal porque ya hemos empezado a ese nivel las conversaciones con concejales a través de abogados del consejo a efectos de concretar este convenio- respecto a las características de los ocupantes, la única que tengo es la que leí y es la que me facilitó el municipio de El Bolsón. Obviamente que de constatarse la existencia de otros bienes, sería más que rápida la actitud que tomaríamos en cuanto deje de ser precaria nuestra posesión de esta casa. Estoy segura que tanto el IPPV como el municipio van a entender la importancia de que pasen a formar parte del patrimonio de Salud Pública, al menos para el uso ¿No es cierto?

SRA. SEVERINO DE COSTA – Señor ministro: Hace un tiempo se produjo un hecho muy triste en Maquinchao, creo que hace un año y pico o dos años; la situación, la muerte de una criatura porque no había médico, tampoco ambulancia.

Se trasladó un matrimonio de médicos residentes de Bariloche a Maquinchao y trabajaron creo que hasta mayo de este año. En este momento no hay médico y la población sabe que está expuesta a una experiencia tan dolorosa como la de la familia Catriel. Sobre esto quería preguntarle: ¿Qué es lo que ustedes tienen resuelto para solucionar la falta de médico en Maquinchao?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Con su permiso, antes voy a aclarar sobre el caso que usted comenta, hace un año y medio más o menos había médico también ambulancia y hubo por parte del médico falta de responsabilidad al llamado, o sea no prestó atención al llamado por la radio, porque Maquinchao contaba con radio; eso inició un sumario que, como pasa con tantas cosas de carácter disciplinario, terminó por sobreeser al agente sanitario que estaba involucrado y provocó la cesantía del médico que ahora se está desempeñando en otra provincia.

Con respecto a la situación actual, en este momento hay un médico que está con licencia por enfermedad, es cierto lo que usted dice –pero acá me informan que ha vuelto a trabajar- y con respecto al matrimonio que se fue, estamos buscando la forma de conseguir nuevos recursos para poder reemplazarlo. Hasta ahora no hemos conseguido la radicación de nuevos médicos, de ahí que es un argumento más para la necesidad de que a través de la nueva legislación –que creo debe plasmarse rápidamente en ley- se haga atractiva la radicación en esa zona, porque evidentemente en las actuales circunstancias no es atractivo radicarse en la Línea Sur de la provincia.

Por otra parte en los casos en que faltó el médico que ahora ha vuelto, se lo ha cubierto con médicos de otras localidades, creo que de Sierra Colorada.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Creo que está prestado por semana el doctor que está en Maquinchao.

SRA. CABRERA – El plantel de Maquinchao era de tres médicos, lamentablemente coincidencia que se dio fue que al renunciar un matrimonio de médicos el plantel quedó reducido a un médico; este profesional es el que enfermó y obligó a la cobertura por parte de profesionales de Los Menucos, Sierra Colorada, Ingeniero Jacobacci, actualmente el médico a cargo del hospital que reside en Maquinchao, se ha reintegrado pero continúan apoyándolo para que no se convierta en médico único desde los hospitales vecinos, por ejemplo en esta semana se encuentra él trabajando, el viernes se suma un profesional de Los Menucos que queda en la localidad para que él realice visitas rurales. Esperamos prontamente poder realizar la contratación necesaria para corregir esto que estamos sobrellevando en esta manera.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Lo preocupante, doctora, es que en Bariloche, se supone que es mucho más atractivo como usted dice, ha venido un matrimonio un día y se ha ido pensando que iba a encontrar otro tipo de remuneración, de posibilidad de trabajo, estuvieron horas y se fueron. Entonces lo preocupante es que si siendo atractivo se fueron de Bariloche, me pregunto qué atractivo van a encontrar si se quedan en Maquinchao.

SRA. CABRERA – Señora legisladora: Esos profesionales estuvieron realmente 48 horas, eso dio motivo a un viaje personal al Hospital de Bariloche donde conversamos con los profesionales de cuáles habían sido los motivos y realmente hubo motivaciones ajenas a la salarial para que esos profesionales se fueran de Bariloche. Esto realmente fue lamentado y repudiado por el grueso de los profesionales del hospital, se debió realmente a algunas actitudes muy puntuales y lamentables de algunos profesionales, fueron nada más que uno o dos, que no estaban interesados en la radicación de estos médicos en Bariloche. A posteriori por suerte, se logró la incorporación y así completar el plantel médico de tocoginecología, porque esta era la especialidad a la que nos referíamos en este caso, o sea, ese fue un caso bastante irregular que fue aclarado localmente.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Coincido que fue repudiada la actitud pero no precisamente la de los médicos sino por quien los trajo a cómo vinieron.

SRA. CABRERA – Eso no es real, la información es inexacta; nosotros tenemos un registro potencial del cual informamos a directores de hospitales para que contacten con los profesionales, los entrevisten o conversen con ellos, averiguen el curriculum; la propuesta de empleo viene siempre de los hospitales, en este caso se precedió exactamente de la misma manera.

Esos profesionales vinieron de Buenos Aires, en este caso fueron contactados a través de la Casa de Río Negro, manifestaron allí el interés en radicarse, necesitábamos tocoginecólogos en ese momento, nos comunicamos con el director del hospital quien habló con ellos, indagó los antecedentes y estuvo de acuerdo con que viajaran a San Carlos de Bariloche, de hecho eran desconocidos para nosotros, salvo que reunían las condiciones de la especialidad y demás. La dirección, incluso el cuerpo médico de Bariloche no presentó objeciones, hay un problema particular de una o dos personas que habían renunciado por no habersele dado el pase a full time y que no tenían ningún interés en que se establecieran otros médicos en la localidad.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Si usted lo dice, así debe ser, usted sabe que cuando uno escucha, las versiones que escucha también le merecen fe, si usted lo asevera de esa manera así debe ser.

El otro tema que le quería plantear era una preocupación de Ñorquinco porque un odontólogo de El Bolsón va una vez por mes para hacer extracciones, o sea que la gente de Ñorquinco no se cura la boca, recibe nada más al odontólogo para hacer extracciones, eso lo hemos solicitado por nota, quería saber si ustedes tenían prevista la resolución de este problema.

SRA. CABRERA – Seguramente en este momento ya debe estar realizando arreglos porque, de la misma forma que a Comallo, se envió un equipo portátil. La provincia adquirió diez equipos portátiles para odontología, uno de los cuales se destinó a Ñorquinco para que la atención que hace el odontólogo pueda ser algo más que una simple extracción, de hecho, aún sin el aparato, además de extracción hace prevención, pero ahora cuentan con un aparato portátil. Además hemos conversado con el doctor Andreani, director del hospital, sobre la posibilidad de que se establezca un odontólogo en la localidad pero creemos que con la existencia de este aparato portátil se va a permitir también –como se está haciendo en Comallo- la atención de distintos parajes.

Esta es una de las cosas que hacen cara pero muy válida la salud pública a nivel de la provincia de Río Negro, si uno hiciera un simple análisis de la cantidad de personas que puede llegar a atender un odontólogo, seguramente allí no se va a instalar ninguno, pero nosotros creemos que la salud bucal es una parte muy importante para atender y de ello hemos conversado con el doctor Andreani, quien estaba interesando también al municipio, fundamentalmente para que no nos encontremos en ese lugar con el problema de la casa, o sea, lo que hemos hablado es de trabajar en forma conjunta, hemos provisto el equipo y estamos dispuestos a presentar y justificar –seguramente va a ser aceptado a nivel de la Comisión de Sección- la contratación de un odontólogo para cubrir Ñorquinco más toda su zona de influencia y el director del hospital con el municipio local –reitero- se hallan abocados a la búsqueda de una vivienda.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Usted debe conocer seguramente que Ñorquinco tiene casi todos los aparatos que se requieren para un consultorio odontológico, lo que le hace falta es ampliar el hospital y un odontólogo que esté allí, tiene hasta el sillón de atención.

SRA. CABRERA – Cuando estuve en Ñorquinco con el doctor Andreani, hablamos incluso de la posibilidad del equipo portátil y de la ampliación del hospital, pero lo que priorizó en nuestra conversación fue la construcción de dos periféricos que se van a realizar en forma conjunta entre el aporte de la comunidad y el Consejo de Salud Pública y también me planteaba que en las actuales circunstancias – si bien no dejamos de lado la futura ampliación del hospital- no era prioritario, incluso prefería la opción de los dos periféricos.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Perdón, no me queda claro el reemplazo de una cosa por la otra. Discúlpeme pero es una inquietud que me fue expresada muy específicamente en función de que el odontólogo venía una vez por mes; no me queda claro el reemplazo del periférico por la instalación del odontólogo, a lo mejor no lo entendí bien.

SRA. CABRERA – En la conversación con el director del hospital, el diálogo fue el siguiente: Está prevista la ampliación de todas las plantas edilicias de los hospitales de la provincia, tienen su estudio hecho en arquitectura con sus posibilidades de crecimiento.

Le manifestaba al director del hospital que no lo teníamos dentro de las posibilidades presupuestarias de este año y hablamos de la readecuación funcional del hospital, yo había propuesto que podíamos comenzar una ampliación con fondos que nosotros proveyéramos, pero que serían escasos para iniciarla, pero no garantizábamos el tiempo, entonces en ese sentido acordamos que lo que haría era un reacomodamiento funcional del hospital y estos fondos escasos irían a sumarse al aporte de la comunidad para la construcción de dos periféricos.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Le agradezco doctora sus respuestas. La última pregunta. En oportunidad de la reunión de la interhospitalaria hubo una pregunta que quedó pendiente y que hace un poco al espíritu filosófico de la salud que esperamos en la provincia, dicha pregunta fue formulada por uno de los profesionales, era muy breve y pedía definiciones claras acerca de qué pacientes la provincia se va a hacer cargo o a qué renales crónicos va a atender o en la disyuntiva de un solo respirador, como ha ocurrido y usted escuchó el caso entre dos neonatos, cómo elegir, cómo elegir entre dos persona con problemas cardiovasculares, ese tipo de disyuntivas que hacen a la filosofía en política de salud con que se enfrenta, ya que ustedes realmente parecieron preocupados. Quería preguntarle, dentro de la programación qué niveles de participación han tomado como para que el compromiso sea recíproco, de quienes trabajan como un aliciente para no sentirse tan quebrados, y de ustedes para poder contar con el apoyo de quienes quieren trabajar y no saben cómo hacerlo.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Como decíamos hoy, elegir entre la vida y la muerte es algo que realmente no es sencillo y la presión es muy grande a veces y va más allá de simples definiciones políticas.

Desde que se reinició la vida democrática en el país y por ende en la provincia, nos enfrentamos de golpe con un hospital que no estaba preparado para la demanda de la comunidad. Desde entonces escucho esas palabras, quiero definiciones claras, quiero que me definan esto, queme hagan aquello, es decir tal vez resabios de esperar órdenes y nosotros estamos siempre abiertos a tanta gente capaz que tenemos en la provincia para que nos ayuden en este tipo de normas y si es necesario que sea técnicamente, nosotros vamos a avalar, vamos a firmar como hemos firmado tantas otras cosas.

De hecho creo que lo que usted pregunta se va a convertir en un muy corto plazo en una ansiedad perentoria, porque si bien hasta ahora hemos podido subsistir hemodializando a quienes hemodializamos, va a llegar un momento, no en la provincia sino en el país, en que realmente vamos a tener que hacer como algunos países que tienen otro tipo de gobierno y definen a partir de qué edad no se hemodializa, a partir de qué edad no se opera una determinada cardiopatía a un paciente. De manera que nosotros estamos abiertos a las sugerencias técnicas de todos los profesionales de la salud, pero independientemente de eso, en un corto plazo, vamos a definir algunas de nuestras políticas, que evidentemente deben ser reformuladas a la luz de la demanda actual.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Discúlpeme, es para una última aclaración. Lo que usted dijo, que están a la espera de que se tomen decisiones o de que se aporten iniciativas, que no sea de repente ante una situación eventual de una propuesta considerado como que se atenta contra la facultad de definir la política de salud que según usted mismo expresara en facultad del Ejecutivo.

SR. MINISTRO (Sarandría) – No. Una cosa es la política de salud y otra las normas técnicas. Nosotros tal vez pertenezcamos a una generación médica que se arreglaba con algunas cosas y no creo que tuviéramos menores tasas de sobre vida, estoy hablando de patología de adultos. Evidentemente la revolución tecnológica a la que hicimos alusión da una serie más de opciones tanto diagnósticas como terapéuticas que son de muy alto costo, muy alto efecto, pero que sin embargo no determinan por ejemplo, la modificación de los indicadores. En función de esto es que leo que podemos aceptar con sumo agrado son normas de tratamiento, normas de derivaciones que creemos que deben definirse muchas de ellas en niveles locales pero la política general, por supuesto es siempre patrimonio del nivel central.

SRA. SEVERINO DE COSTA – Gracias, señor ministro.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Pérez Peña.

SR. PÉREZ PEÑA – Sí, señor presidente. Para solicitar me informe si estoy en la lista de oradores.

SR. PRESIDENTE (Verani) – No está, señor legislador.

SR. PÉREZ PEÑA – En uno de los cuartos intermedios que tuvimos había pedido que se me incorporara a la lista para hacer uso de la palabra. Ha habido algún malentendido y creo que el tema es todavía solucionable por lo que formalmente le pido el uso de la palabra para hacerle algunas preguntas al señor ministro.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Pérez Peña.

SR. PÉREZ PEÑA – Gracias, señor presidente.

Señor ministro: Uno de los temas que ya ha sido tratado aunque me han quedado algunas dudas se refiere específicamente...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Quiero agregar una cosa, a partir de acá van a tener la palabra 4 ó 5 legisladores porque convinimos una cosa, pero luego por ejemplo, el legislador Pérez Peña me dice que pidió que se lo incorpore a la lista de oradores y en ella no está, entonces, en esa lista también van a estar otros legisladores que van a hacer uso de la palabra

Continúe, señor legislador.

SR. PÉREZ PEÑA – Me estaba refiriendo específicamente y si es posible que me conteste el señor ministro, cuál es la función específica que cumplen los promotores sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Yo podría remitirme a la versión taquigráfica porque creo que va a ser más rápido que repita que son efectores de base de las políticas sociales del Ministerio de Asuntos Sociales y que sirven en este momento de instrumentos de difusión de nuestra política y de articulación con los consejos de emergencia locales.

SR. PÉREZ PEÑA – ¿Qué cantidad de promotores sociales tenemos en la provincia en estos momentos? Y si fuera posible para complementar la pregunta ¿Cómo está discriminada esa cantidad por localidades?

SR. MINISTRO (Sarandría) – La pregunta va a ser respondida por el señor subsecretario de Acción Social.

SR. CHABAT – Voy a demorar un poco porque tengo que ir contando: 6 en la ciudad de San Carlos de Bariloche; 2 en la localidad de Pilcaniyeu;

2 en Comallo; 1 en Valcheta; 1 en Maquinchao; 3 en Jacobacci; no hay todavía en Los Menucos; no hay en Ramos Mexía; no hay en Sierra Colorada; 3 en El Bolsón; No hay en Ñorquinco; 8 en General Roca; 1 en Allen que no está ahora; 2 en Campo Grande; 2 en Catriel; 1 en Cervantes; 1 en Cinco Saltos, aunque creo que son más; 8 en Cipolletti; no hay en Contralmirante Cordero; 1 en Chichinales; no hay en General Enrique Godoy; no hay en Fernández Oro; 1 en Ingeniero Huergo; 2 en Mainqué; 8 en Villa Regina; 3 en Río Colorado; 1 en Luis Beltrán; 1 en Lamarque; no hay en Darwin; no hay en Choele Choel; 1 en Chimpay; no hay en Coronel Belisle; no hay en Pomona; 5 en Viedma; 1 en General Conesa, 2 en Sierra Grande y 2 en San Antonio Oeste.

SR. PÉREZ PEÑA – No sé si están incorporados en la lista que acaban de leer los de la resolución 2193 de la presidenta del Consejo Provincial de Salud Pública que dice: *“Artículo 1º.- Adscribir a partir del 1º de junio de 1990 a los agentes que se mencionan en planilla anexa a los programas sociales integrados del Ministerio de Asuntos Sociales. Artículo 2º.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda, hecho, archívese”* y en la planilla anexa figura la adscripción de: 7 promotores sociales para Cinco Saltos; 2 para Coronel Belisle; 4 para Villa Regina; 1 para Sierra Grande; 1 para General Conesa; 1 para Ingeniero Jacobacci; 5 para San Carlos de Bariloche; 1 para Allen; 3 para Cipolletti; 1 para Luis Beltrán; 2 para General Roca; 2 para El Bolsón; 1 para Viedma y otro para General Enrique Godoy.

¿Es complementaria esta resolución de la lista que ustedes me dieron?

SR. MINISTRO (Sarandría) – No, están incluidos.

SR. PÉREZ PEÑA – Usted me podría informar, señor ministro, qué mecanismos se han utilizado para la designación de los promotores sociales.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Los promotores sociales, ya dijimos cuál es su función, estaban trabajando en programas de rehabilitación nutricional, por lo tanto estas son designaciones temporarias en función de programas temporarios que ceden las mismas una vez que finalicen los programas en cuestión.

El mecanismo utilizado ha sido el ingreso por la vía de excepción ya que el programa PEÑI es compartido entre el Ministerio y el Consejo Provincial de Salud Pública y manejado por Salud Pública, o sea que han ingresado por la vía de excepción contemplada en la ley 2.331 como personal de salud.

SR. PÉREZ PEÑA – Vamos a coincidir, señor ministro, que para implementar una razonable y buen política de Salud Pública, es necesaria una buena atención primaria. Le preguntaría al señor ministro, qué criterios se adoptan para establecer las prioridades entre dotar de recursos humanos insuficientes – y me estoy refiriendo exclusivamente al área programática de Cinco Saltos en lo que se refiere a consultorios- donde no tienen atención en horario de tarde por carecer de mucamas y enfermeras a pesar de tener profesionales afectados que podrían hacer la atención; cómo aparece la designación de siete promotores sociales y no podemos cubrir las necesidades en cuanto a mucamas y enfermeras.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Nosotros decimos que éste para nosotros es un programa prioritario y es una forma de hacer atención primaria. El programa PEÑI está enmarcado totalmente dentro de las estrategias de la atención primaria. Con respecto a la falta del personal, Cinco Saltos cuenta con 18 mucamas, 12 agentes sanitarios, 48 auxiliares de enfermería, 14 administrativos, 5 choferes y 14 sin discriminar como es personal de cocina, mantenimiento, etcétera, o sea, no surge como grande el déficit del recurso humano en el área del programa de Cinco Saltos.

SR. PÉREZ PEÑA – Quizá sería necesario reprogramar la actividad porque realmente los consultorios periféricos necesitan atención de tarde y quizá sería posible –esto quedaría a criterio de ustedes- dotar del mismo personal que posee el hospital y derivarlo por la tarde a los centros periféricos.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Esa es una de las metas que nos hemos propuesto –y no precisamente de ahora- de que los hospitales puedan funcionar mañana y tarde y no solamente de mañana.

SR. PÉREZ PEÑA – Una última pregunta que le voy a hacer y está referida al puesto sanitario de Villa Manzano. Para los que no conocen la zona el hospital más cerca de Villa Manzano que pertenece al municipio de Campo Grande, se encuentra en Cinco Saltos a unos 25 kilómetros. Hemos anotado algunas visitas que hicimos a dicho centro y hemos visto una serie de necesidades que en su momento lo vamos poner en manos del señor ministro a ver si le puede dar una pronta y rápida solución. Gracias, señor ministro.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – Señor ministro: Sin duda después de esta larga interpelación, ha quedado muy clara la importancia que tanto usted como los legisladores interpelantes le damos a la atención primaria de la salud, entonces, surge una pregunta frente a un hecho puntual ocurrido en la ciudad de Cipolletti donde se desdobra la zona sanitaria y para darle el lugar físico a la nueva zona sanitaria que se crea en Cipolletti, se otorga un edificio que ocupaba un centro periférico en el barrio Godoy de esa ciudad que atendía una población de aproximadamente cinco mil personas. La pregunta concreta es, ¿dónde se van a atender esas cinco mil personas ahora, dado que allí se llevaban a cabo prestaciones odontológicas, vacunación y controles de sanidad escolar? ¿Dónde se van a desarrollar esas actividades?

SR. MINISTRO (Sarandría) – Como usted dice el centro periférico Godoy es el asiento de la subdivisión de la primera Zona Sanitaria pero sigue funcionando normalmente; habló usted de prestaciones odontológicas y yo he estado personalmente cuando se incorporó uno de los nuevos consultorios odontológicos portátiles en ese centro, asiento también de este desdoblamiento de la zona sanitaria.

SR. FRANCO – Una última pregunta se refiere a una respuesta que dio la doctora Cabrera al inicio de mi intervención cuando pregunté sobre los gastos de funcionamiento; la doctora Cabrera habló que una de las partidas que se transferían a los hospitales era para atender el pago –entre otras cosas- de los servicios telefónicos y quisiera saber, a raíz de una información oficial de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones volcada en un artículo publicado por el Diario La Prensa el día viernes 22 de junio en el que ENTEL afirma que el Consejo de Salud Pública de la Provincia de Río Negro, consignado con registro de procesamiento 1668, cliente 50750/4, adeuda esa empresa la suma de 12.493.631.642 australes, qué previsión presupuestaria ha hecho el Consejo de Salud Pública para afrontar esa deuda.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Realmente, señor legislador, la aseveración suya nos toma un tanto por sorpresa y ahora le vamos a contestar puntualmente porque hace no más de dos o tres días nos jactábamos con la directora general de administración del Consejo de ser una de las entidades oficiales que más seriedad había tenido en el pago de los servicios públicos y especulando con el futuro que puede tener la política tarifaria telefónica en la Argentina después de estas privatizaciones que se están concretando,

Decíamos que nosotros no vamos a tener problemas, semejante cifra por usted recién mencionada nos ha preocupado y por eso ha suscitado estas consultas, espero que la doctora Cabrera nos saque esta duda.

SRA. CABRERA – Primero para una aclaración. Yo dije que los fondos del costeo que hacía de los hospitales había que agregar, por que no estaban ahí sumados los pagos de los servicios, pero no se envía el dinero al hospital, sino que se pagan desde nivel central, de ahí el error en el que incurrí sacando un valor más barato de lo que correspondía porque faltaba sumar esos valores que se manejan a nivel central.

La señora coordinadora de administración me acaba de tranquilizar porque no tenemos esa deuda con ENTEL, se trata de un error entre la sucursal local y la de Bahía que aparentemente no transmitió los pagos, tenemos las facturas que así lo demuestran e incluso en medio de eso hay un problema con un cheque pagado en diciembre del año pasado que se venció en ENTEL a nivel local, pero no es responsabilidad nuestra y tenemos la factura que lo corrobora.

SR. FRANCO – Le voy a solicitar a la señora presidenta, para aventar alguna duda, si me hace el favor de acercarme la factura correspondiente.

SRA. CABRERA – Como no.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Parece que esto fuera un juzgado fiscalista. Está a disposición de los señores legisladores la información que da el ministro interpelado, no tienen que ir de correo a llevarle...

SR. FRANCO – Por eso le pido que me la acerque.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Si usted es parálítico se la puede acercar, pero sino puede ir a buscarla.

Tiene la palabra el señor legislador Pichetto.

SR. PICHETTO – Por una cuestión reglamentaria, señor presidente, conforme a lo pautado al inicio de esta interpelación, si el legislador Douglas Price va a hacer uso de la palabra para hacer un discurso y no va a interpelar al ministro, le pedimos que nos dé el derecho a réplica.

SR. PRESIDENTE (Verani) – He tenido toda la paciencia del caso, cada legislador ha hecho de sus preguntas el fundamento político de la interpelación y de todas las camisetas que quisieron darle, así que yo no creo que esa sugerencia deba tomarla en cuenta la presidencia, porque no ha sido así, si ustedes quieren pasamos de nuevo toda la versión grabada para que sepan como ha sido y he visto a algunos legisladores que se han levantado y por ahí no peden haber escuchado bien a sus colegas.

Tiene la palabra el señor legislador Douglas Price.

SR. DOUGLAS PRICE – Señor presidente: Usted lo sabe, debatido públicamente con algunas personas en esta provincia sobre la importancia del derecho a réplica, sería el primer defensor de que el legislador Pichetto lo pudiera tener, pero para su tranquilidad y la de todos los demás voy a tratar de no repetir, por ejemplo, el extenso debate del legislador interpelante y si...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Yo estoy tranquilo, los que están nerviosos son ustedes, siga por favor.

SR. DOUGLAS PRICE – Señor ministro: Los legisladores preopinantes, como es razonable suponer, han tenido una formidable coincidencia entre ellos, inclusive la de querer atribuirle cosas que no ha dicho o sostener que había admitido cosas que no admitió,

pero han compartido unánimemente la solución de los problemas que puntualmente han ido marcando, algunos de los cuales han sido confesadamente por ellos, cuestiones de diferencia de criterio, alegado ignorancia acerca de los temas específicos o su condición de legos en la materia, pero sí convinieron en que la cuestión se iba a mejorar o era posible de solucionar con una reasignación de recursos e inclusive en alguna pregunta puntual sostuvieron que la cuestión se resolvía con una mejor pelea por parte suya del presupuesto de salud; sucede que los legisladores preopinantes cuando hablan de educación dicen lo mismo, al igual que cuando hablan de seguridad, de inversión en economía, de informática, y cuando se acabó el presupuesto siguen diciendo lo mismo y ¡Abracadabra! ¿Dónde está lo que hace falta para corregir todas estas cosas? Le pregunto al señor ministro específicamente si cree que va a tener impacto sobre la salud de la provincia y las posibilidades de realización de todo lo que aquí hemos estado conversando, el punto 11 del acuerdo con el Fondo Monetario Internacional firmado por el gobierno nacional que prohíbe la ayuda financiera a las provincias.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Hace un rato cuando se me acusaba de optimista dije que no, en absoluto, no era optimista, pero desafortunadamente el optimismo no lo perdí solamente para la provincia, creo que los condicionamientos externos existen, también lo sabemos de primer agua y va a tener incidencia sobre la salud de la provincia de Río Negro y la de todas las provincias del país. Yo creo que es muy importante tener esto en cuenta porque sino entraríamos en el terreno de la política-ficción y el hecho de que vamos a tener condicionamientos es algo que ha sido prácticamente esbozado ya en la reunión que hemos tenido en el Ministerio de Economía; pero yo quería hacer alguna apreciación en el tema de los recursos, creo que si tuviera que ponerme al revés y como interpelante decir qué es lo que más falla en el sistema de salud pública, yo no podría expresar que es solamente un problema de asignación de recursos; si mágicamente mañana el Fondo Monetario en vez de imponernos condiciones nos regalara dinero nosotros volveríamos a repetir nuestras crisis psíquicas porque hay problemas inherentes a todas las estructuras del Estado que no por nada en todos lados se está reformulando, su rol y su funcionamiento, que hacen que la capacidad de gestión se vea muy dificultada, por eso hago tanto hincapié en la reformulación de la legislación vigente que evidentemente va a tener que contar con mucho consenso y ser muy discutida –coincido con lo que decía el señor legislador Ciliberto que hay que discutir entre los mayores sectores posibles-, pero va a tener que disponer de algunas herramientas para que el sistema pueda funcionar, es muy difícil que se logre con directores que no tienen posibilidad de aperebir a un agente, donde no hay posibilidad tampoco de premiar a un agente, es decir, un sistema sin sanciones ni estímulos es muy difícil de manejar. Me ha tocado pasar por distintas funciones dentro de Salud Pública y conozco lo que es dirigir un hospital de complejidad 6, siempre hago la comparación, tiene prácticamente la misma cantidad de empleados que el municipio que les corresponde

y viendo más o menos cómo se maneja en la capacidad de gestión en el municipio, es imposible manejar un hospital con 500 ó 600 personas sin prácticamente ninguna otra herramienta que la persuasión. Por eso es que pienso y lo digo ahora sin que nadie me lo pregunte, que es una cuestión de fondo –no muy demagógica pero creo que es una cuestión de fondo- dentro de los aspectos de la ley, el funcionamiento, así como creo que el personal de salud que trata de algo tan sagrado como es la salud y la enfermedad, en definitiva la vida, debe estar bien pago, también pienso que las responsabilidades deben ser mayores y exigibles. Así, de esta manera doy por contestada la pregunta al legislador Douglas Price.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Romera.

SR. ROMERA – Quiero retomar un momento una pregunta referida también a asignación presupuestaria y esto referido a los fondos de Nación a provincia. Hemos esperado durante estas diez horas de interpelación escuchar algunas preguntas referidas a la articulación nación-provincia que en salud son fundamentales y en recursos presupuestarios también, siempre históricamente lo han sido. Lo cierto es que quisiera que el ministro nos diga si a través del Consejo Federal de Salud o a través de acción propia del gobierno de la provincia se va a buscar la manera de recuperar fondos que nación a través de la Secretaría de Salud le ha dado históricamente a la provincia y que desde aproximadamente hace un año no recibe, me refiero en primer lugar a los fondos nacionales propios del Ministerio de Salud y Acción Social.

En segundo lugar, el ministro mencionó hoy que la provincia tuvo que abonar 350 millones de australes en concepto de hemodiálisis que por convenio los venía pagando Nación hasta ahora y que además tiene 140 millones de hemodiálisis mensuales. Nación entregaba a la provincia una ración de leche de aproximadamente entre 8 mil y 10 mil kilogramos a partir de 1984 hasta ahora, que no lo ha entregado. También sobre los bonos celeste y blanco le voy a hacer una pregunta concreta al ministro, quisiera saber en qué estado se encuentran.

Finalmente el INOS primero y la ANSSAL después –ANSSAL es desde hace poquito tiempo- entregaba a la provincia a través de una resolución, como compensación por los afiliados a obras sociales que atendía el hospital público, en este caso, entregaba a la provincia de Río Negro 72 millones de australes a partir de principios de algo así como marzo del año pasado, por resolución de Carlos Semilla, el anterior presidente del INOS. Todo esto, señor presidente, si contamos los fondos nacionales propiamente dichos que mandaba a través del PAS, significaba aproximadamente el 6 por ciento del presupuesto de salud de la provincia; pero además referido a las retenciones que hace en cuanto a aportes al Programa BID que el Ministerio de Economía de la Nación ha anulado –Programa BID para la construcción del Hospital de Cipolletti- poquitos días después de haber firmado el pacto federal sin que la provincia tuviera ningún conocimiento ni ninguna consulta previa a dicha anulación, entonces quería saber con respecto a estos fondos que significan recursos genuinamente importantes para la provincia, si Río Negro va a entablar alguna acción o va a tomar alguna medida tratando de que la Nación los reintegre,

específicamente con los bonos celeste y blanco que de lo más importante que nos enteramos fue que lo pusieron en marca con bombos y platillos y algunas corruptelas que se dieron en su manejo, sería interesante saber, señor ministro, si aún la nación sigue proveyendo esos bonos, qué ingerencia tuvo y tiene el Ministerio de Asuntos Sociales a su cargo y si hubo cantidad suficiente de dichos bonos para cubrir las contingencias de medicamentos de los sectores más desprotegidos y necesitados de la provincia.

SR. CEJAS – ¿Me permite una interrupción, señor legislador?

SR. ROMERA – Como no.

SR. CEJAS – Como usted hablaba de corruptela, le voy a solicitar que haga la denuncia concreta, señor legislador.

SR. ROMERA – Las corruptelas, señor presidente, han salido en los diarios y lo hemos leído todos en su momento.

Con respecto a la canasta de emergencia de medicamentos implementada por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación que constaba de 160 productos, mediante acuerdos con los laboratorios afiliados CAEMI y CIRFA, Multinacionales y laboratorios nacionales –en realidad esta canasta de medicamentos se trataba de un verdadero fraude puesto que de los 160 muchos de ellos no son recetados desde hace años pero a su vez se liberaba el precio del resto de los productos medicinales- quisiera también saber en este aspecto, si esta canasta de medicamentos ha tenido alguna influencia en la provisión de medicamentos en la provincia de Río Negro, señor ministro.

SR. MINISTRO (Sarandría) – Contestando en orden, los fondos nacionales, como usted bien ha dicho, fueron disminuyendo en función del programa BID cayendo en el año 1989 al 1,09 por ciento; en el año 1989 recibimos también en concepto de distintos fondos de emergencia votados por la Legislatura nacional, el 1,72 por ciento delo ejecutado y este año nada. Usted habrá escuchado la solicitud de todos los responsables de las provincias reunidos en el COFESA ante las autoridades de salud y de economía. Con respecto a las hemodiálisis, se efectuaban a través de la Dirección Nacional de Emergencia Social que tenía convenios directamente con los prestadores para las hemodiálisis crónicas, también contemplaba aquellos de prótesis cardíacas, valvulares, marcapasos, etcétera. Todo esto en este momento no existe, es decir, no hay respuesta por este lado y ha tenido que ser absorbido por Rentas Generales de la Provincia.

Aprovechando este momento para dar un argumento más a la legisladora Costa. En oportunidad de una reunión del Consejo Patagónico de Salud que realizamos en la ciudad de Rawson, con presencia de la entonces secretaria ahora subsecretaria de salud, doctora Matilde Menéndez, también le plantemos esta problemática, esta presión que sentimos en cuanto al gasto de hemodiálisis versus la población que afecte ese gasto y la necesidad de esas definiciones que a veces se hacen éticamente difíciles en la década del 90; un dato adicional que me comentaba telefónicamente un delgado del PAMI es que el 50 por ciento de los ingresos del PAMI se lo llevan las hemodializadas. Le decíamos a la doctora Menéndez si no veía como factible –ella estuvo de acuerdo pero evidentemente la coyuntura no le ha permitido ejecutarlo- el reunir a la comisión de expertos de estos profesores universitarios, de cuya sapiencia nadie duda, para poder definir en la Argentina a qué pacientes íbamos a hemodializar y a qué pacientes no,

sobre todo teniendo en cuenta las deficiencias de los sistemas de trasplantes, que siempre el paciente hemodializado debe ser un candidato al trasplante cosa que no sucede en la Argentina y hace que las hemodiálisis sean prácticamente de por vida, con todas las dificultades que esto acarrea y la mala calidad de vida que también trae consigo. Esta es una acotación.

En cuanto a leche, el año pasado no se recibió leche de nación y en lo que va de este año se recibieron dos partidas sin el compromiso, por parte de la subsecretaría, de tener continuidad por lo tanto debemos nosotros hacer la reserva para el gasto de leche.

Con respecto a los bonos celeste y blanco, la provincia recibió 25 mil bonos en el año '89, en lo que va del '90 llevamos recibidos 35 mil que se han repartido entre las distintas zonas sanitarias; diríamos que en la provincia el beneficio de estos bonos ha sido relativo por problemas inherentes a la implementación por el lado de las farmacias; el problema de este bono, que tiene una financiación de alguna manera asegurada, era el rechazo que sufría a veces en las farmacias por la confección o una mala interpretación de las reglas o por algunas otras causas, lo que nos llevó a tener una reunión con autoridades del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Río Negro, quienes se comprometieron a extremar los recaudos para el funcionamiento del mismo. También en ese momento había una tasa de inflación mucho más elevada que la actual y el tiempo de cobro del bono era de alrededor de 18 días, tiempo que las farmacias decían no poder soportar desde el punto de vista de los costos financieros. De por sí a nosotros nos interesa precisamente que se consuman los bonos celeste y blanco, porque de esta manera estaríamos dando una respuesta a las necesidades de la población y porque en nación el consumo es leído para, precisamente, ser repuestos los bonos, es decir, todo bono celeste y blanco mal confeccionado que no es aceptado por las farmacias, es leído desde el nivel central nacional como un bono no recetado, por lo tanto hay una cantidad de bonos que no se están utilizando y ello disminuye los envíos, el aprovechamiento hasta el mes de abril, leído desde nación, era del 29 por ciento, esto ha variado en todas las provincias, hay provincias que han tenido un aprovechamiento del 50, 55 por ciento y hay otras que han tenido solamente el 5 por ciento.

La última pregunta del legislador Romera se refería a la canasta de medicamentos. La canasta de medicamentos que en algún momento bajó de precio, más allá de su composición que fue denunciada públicamente por varias entidades farmacéuticas y médicas porque dentro de ella faltaban medicamentos esenciales como, por ejemplo, la insulina, estaba destinada exclusivamente a las recetas originadas en el sector público. Desde el punto de vista del sector público no ha tenido incidencia.

SR. PRESIDENTE (Verani) - Tiene la palabra el señor legislador Franco.

SR. FRANCO – No sé si algún legislador va a continuar con las preguntas al señor ministro, si no, señor presidentes, querría hacer una breve evaluación del resultado de esta reunión que nosotros consideramos enriquecedora no sólo para los legisladores sino también para los funcionarios que han concurrido a esta reunión y para el pueblo de la provincia,

en primer lugar ha quedado demostrada una visión que quizá no compartimos legisladores y ministro, pero es la visión de la realidad que los legisladores hemos tratado de volcar en este recinto haciéndonos eco de la información que hemos recogido. Hemos sido los portadores de la voz del pueblo rionegrino, del pueblo que sufre, señor ministro; desde ya agradezco su presencia, pero surge de esto un contraste evidente, usted tiene una visualización de la realidad y nosotros tenemos otra.

Además queremos manifestar nuestro aporte positivo, nuestra propuesta positiva en la construcción de un nuevo sistema de salud para la Provincia de Río Negro, no somos optimistas en cuanto a la suerte de esta gestión y queremos sí aportar algunos datos, algunos elementos para que en lo que le sirvan al señor ministro pueda tomarlos. La experiencia, tan mentada esta noche del Plan de Salud del '73 al '76, no creemos que sea replicable y como todo modelo tuvo éxito en su momento en virtud de interpretar una realidad y de afectar recursos necesarios, reitero en aquel momento, en una acción planeada; hoy las circunstancias no son las mismas, los recursos no son los mismos, pero sí creemos que hay elementos que sí pueden ser rescatados...

SR. PRESIDENTE (Verani) – ¿Legislador, va a desembocar en una pregunta? Porque si no es una burla a la presidencia.

SR. FRANCO – ...No, señor presidente, he dicho que estoy tratando de hacer una evaluación de lo que hemos...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Esta sesión no ha sido citada para hacer una evaluación, sino para interpelar. Les ruego encarecidamente que me dejen hablar, lo único que le pido es que tenga respeto hacia la presidencia, si es que no lo tiene hacia sus colegas.

SR. FRANCO - ...Tengo respeto hacia la presidencia...

SR. PRESIDENTE (Verani) – Por favor si tiene alguna pregunta que hacer hágala, de lo contrario no voy a seguir dándole la palabra.

SR. FRANCO - ...Señor presidente: Quiero darle al señor ministro las conclusiones de su disertación.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Que las conclusiones las saque cada legislador, usted no es el vocero oficial del resumen de esta sesión.

SR. FRANCO – Yo como miembro interpelante quiero darle una respuesta al señor ministro, usted no quiere, señor presidente, que analice y que le diga si me siento satisfecho o no.

SR. PRESIDENTE (Verani) – A mí me parece bien que se lo diga, pero dígaselo mañana en el despacho porque esta sesión no es para eso.

SR. FRANCO – Entonces déjemelo decir.

SR. PRESIDENTE (Verani) – El recinto es para interpelar al ministro, la interpelación significa preguntar las inquietudes que usted tuvo.

SR. FRANCO – Usted quiere callar la voz de los representantes del pueblo.

SR. PRESIDENTE (Verani) – Usted sabe que no.

SR. FRANCO – Usted no me deja hablar, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Verani) – No se me ocurriría hacerle callar la boca a usted, porque es más difícil que hacer callar a un chancho atado.

SR. FRANCO – Llevo cinco minutos y no me deja hablar.

SR. PRESIDENTE (Verani) – No habiendo más preguntas, se levanta la sesión. (Aplausos)

-Eran las 4 y 38 horas

Ovidio Norberto Silva
Subjefe Cuerpo de Taquígrafos
Legislatura de Río Negro

