



PROVINCIA DE RIO NEGRO

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA
LEGISLATURA
REUNION XIII - 11ª SESIÓN ESPECIAL

8 de octubre de 1997

26º PERIODO LEGISLATIVO

PRESIDENCIA DEL VICEGOBERNADOR DE LA PROVINCIA,
Ing. Bautista José MENDIOROZ.

SECRETARIOS: *D. Roberto Luis RULLI y D. Néstor Vicente CAPANO.*

NOMINA DE LEGISLADORES

ABACA, Raúl Alberto	MON, Raúl Hernán
ACCATINO, Juan Manuel	MONTECINO, Juan Carlos
BARROS, Roberto	MUÑOZ, Juan Manuel
BOLONCI, Juan	NERVI DE BELLOSO, Nilda
BENITEZ GUTIERREZ, Lucio G.	PALOMAR, Mariano Ramón
CHIRONI, Eduardo	PASCUAL, Jorge Raúl
CHIUCHIARELLI, Eduardo E.	PENROZ, Angela María Rosa
DIAZ, Oscar Eduardo	PINAZO, Alcides
DIEZ, Digno	REMON, Mariano Alfredo
FALCO, Luis Alberto	RODRIGO, Esteban Joaquín
GROSVOLD, Guillermo	SÁNCHEZ, Carlos Antonio
HERNALZ, Carlos Oscar	SARANDRIA, Ricardo Jorge
ISIDORI, Amanda Mercedes	SEVERINO DE COSTA, María del.
LARREGUY, Carlos Alberto	
LASSALLE, Alfredo Omar	<u>Ausentes</u>
LENCINA, Alfonso Raúl	AGOSTINO, Daniel Fernando
LOIZZO, Juan	DALTO, Rubén Omar
MARSERO, Nidia Viviana	GARCIA, Carlota
MASSACCESI, Olga Ena	JÁÑEZ, Silvia Cristina
MAYO, Marta Ester	LAZZERI, Pedro Iván
MEDINA, Víctor Hugo	MUÑOZ, Víctor Hugo
MEDVEDEV, Roberto Jorge	ZÚÑIGA, Ovidio Octavio
MILESI, Marta Silvia	

1 - APERTURA DE LA SESION

-En la ciudad de Viedma, capital de la provincia de Río Negro, a los ocho días del mes de octubre del año mil novecientos noventa y siete, siendo las 13 y 10 horas, dice el

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

-Así se hace.

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

2 - IZAMIENTO DE LA BANDERA

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Corresponde el izamiento de la bandera; se invita al señor legislador Pinazo a realizar el acto y a los demás señores legisladores y público a ponerse de pie.

-Así se hace.(Aplausos)

3 - LICENCIAS

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Pascual.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Señor presidente: Es para justificar las ausencias de los legisladores Dalto, Lazzeri y Agostino, por lo que solicito se les conceda licencia con goce de dieta.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Es para justificar las ausencias de los legisladores Jáñez, Muñoz y Zúñiga, por lo que solicito se les conceda licencia con goce de dieta. Asimismo quiero aclarar que la legisladora Carlota García se ha retirado en la sesión anterior.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Se van a votar los pedidos de licencias solicitados.

Los señores legisladores que estén por la afirmativa, sírvanse indicarlo.

-Resulta afirmativa.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Han sido aprobadas por unanimidad, en consecuencia las licencias se conceden con goce de dieta.

CONVOCATORIA

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Por secretaría se dará lectura a la resolución número 825/97 de esta presidencia convocando a la sesión del día de la fecha.

SR. SECRETARIO (Rulli) -

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - A continuación invito al señor secretario de Estado de Salud Pública, doctor Javier Oscar Vilosio y a sus colaboradores a ingresar al recinto.

-Hace su entrada al recinto y ocupa un lugar el señor secretario de Estado de Salud Pública, doctor Javier Oscar Vilosio junto a sus colaboradores.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Agradezco en nombre del Parlamento rionegrino la presencia, una vez más, del doctor Javier Oscar Vilosio en el recinto y a sus colaboradores.

Le cedo el uso de la palabra al señor secretario de Estado.

SR. VILOSIO - Sr. Presidente: En primer lugar, deseamos agradecer la oportunidad que se nos brinda de concurrir a esta Cámara para responder a las inquietudes que oportunamente se nos hiciera llegar.

Creemos firmemente, y así lo hemos expresado antes del día de hoy, que es éste el ámbito natural donde deben plantearse estas cuestiones tan trascendentes para la vida de los rionegrinos e indudablemente nos enorgullece que la problemática de la Salud, haya sido tomada con esta prioridad por los representantes del pueblo.

En este espíritu y cumpliendo con expresas directivas del gobernador de la provincia, nosotros hemos concurrido hoy con gran parte de nuestro equipo, del equipo técnico y político responsable de la conducción del Consejo. Me acompañan en este recinto el señor Secretario Ejecutivo del Consejo, doctor Chaher, la Directora General de Política de Salud, Contadora Marban; la directora General de Servicios de Salud, Dra. Meiriño y el Director General de Administración, SR. Dreossi, además de los Directores y Jefes de Departamento y de Areas de Maternidad e Infancia, Salud Ambiental, Fiscalización y Control, Salud Mental, Administración de Personal, Programas de Salud, Epidemiología, Inmunizaciones, Estadísticas, Asesoría legal, y también el señor Presidente de la IIIª Zona Sanitaria, presidentes de la I Zona Sanitaria oeste y de la II Zona Sanitaria de la provincia.

Concurrimos con el ánimo de poner a disposición de todos los rionegrinos, por intermedio de sus representantes, las respuestas precisas a las cuestiones planteadas, en el marco de la realidad social, económica y política de Río Negro y la Argentina de hoy, y en el contexto de los profundos cambios y transformaciones que afectan a nuestra sociedad y al propio Estado.

Se nos ha solicitado un informe meticuloso sobre la situación sanitaria provincial y trataremos de satisfacer esa demanda punto por punto.

Se ha planteado también en la convocatoria que es necesario transparentar ante esta Cámara y la opinión pública las causas de la actual crisis. A este respecto nosotros creemos que sí, que ésta es una crisis si por crisis se entiende una situación decisiva y de importantes consecuencias, si se lo asume a este momento de nuestra vida institucional, social y política como un momento de transformación;

transformación fundamentada en la necesidad de mejorar en su equidad y eficiencia nuestros servicios de salud; transformación emprendida por el gobierno provincial en lo que hace a la gestión, el financiamiento, la cobertura, la calidad y la fiscalización de las áreas bajo su incumbencia, acompañando en este proceso a la recuperación general de la provincia en lo concerniente a la paz social, al mejoramiento de las cuentas públicas y al reordenamiento en general del Estado. Es verdad que tenemos problemas, señor presidente, yo no voy a abusar de las expectativas que ha generado esta sesión, pretendiendo que estamos o que vivimos en una situación ideal; esta Provincia tiene serios problemas, y Salud los tiene. Tenemos que seguir mejorando nuestros niveles de financiamiento, pero por sobre una base de mayor eficiencia en la asignación del gasto; tenemos que recuperar los niveles de inversión en infraestructura, más adelante vamos a explayarnos un poco más sobre este tema. Se requiere rediseñar los mecanismos de gestión, modernizar la administración, capacitar al personal; tarea que es de Salud, estamos encuadrando dentro del proceso de Reforma del Estado y que tendrán su eclosión durante el año 1998. Tenemos que mejorar sustancialmente las condiciones laborales de los trabajadores del sector, y para eso, en el marco del Consejo de la Función Pública se han generado y se están generando las herramientas necesarias, incluyendo el pase a planta de unos 1.000 contratados de nuestro sector, que justamente en estas horas se está concretando. Además, luego abundaremos sobre el tema de la inversión en infraestructura y sobre un incipiente programa de reequipamiento que estamos implementando. Tenemos que mejorar los niveles de retribución y jerarquización de nuestra gente y estamos fortaleciendo los mecanismos de cobro a la Seguridad Social, que deberán permitir una significativa redistribución entre los propios trabajadores, así como esperamos, inmediatamente de cumplimentado el pase a planta, poder volver a concursar las distintas responsabilidades jerárquicas que nuestro sistema prevé, incluyendo en este esquema la mayor parte de lo que hoy se consideran como "cargos políticos" del nivel central de Salud Pública.

Tenemos problemas -digo- y tenemos acciones, tareas en marcha.

Quiero reseñar brevemente algunos indicadores de la situación en la cual se inició la gestión de gobierno en el área de Salud particularmente, la crisis del año 1995 golpeó muy duro al sector Salud, hay una significativa caída de nuestra cobertura y nuestra capacidad asistencial por aquel entonces.

Si el señor presidente me lo permite, me olvidé de entregar las copias de los informes, esto va a aliviar un poco el seguimiento de la información. Por qué no se lo entrega a secretaría. Tenemos una sola copia para cada bloque y para el señor presidente, es una y una.

En definitiva -digo- los hospitales fueron afectados por esta crisis, y tanto más si se considera que la Salud guarda siempre estrecha y permanente relación con un conjunto muy amplio de determinantes sociales, y los servicios de

atención médica sólo constituyen un aspecto parcial de esta problemática tan intrincada, un aspecto parcial pero sustantivo a los fines de nuestra tarea específica. Pero no considerar este contexto de lo social, implicaría cometer un grave reduccionismo y perderíamos la oportunidad de enriquecer la discusión sobre lo que tenemos, lo que queremos y lo que podemos hacer en Salud. Compartimos con los señores Legisladores la preocupación por el presente y el futuro de los rionegrinos en cuanto a su Salud, y hoy nos hacemos presentes aquí con el mismo espíritu con que lo hicimos ya anteriormente, en ocasión de brindar un informe sobre Hantavirus: siempre hemos sido transparentes en la información; mucho más, inclusive, que otras jurisdicciones del país, a la hora de exponer nuestros problemas. Y esto es así porque el Gobierno provincial pretende otorgar a las cuestiones de Salud la jerarquía de políticas de Estado, políticas que puedan y deben a nuestro juicio, tener continuidad. Por eso también, cuando desde algún medio periodístico se nos interrogaba al respecto, dijimos que desde nuestro punto de vista nada tenía de preelectoral esta convocatoria sino que, muy por el contrario, respondía al legítimo interés de los representantes del pueblo, y que nuestra obligación era concurrir en cualquier momento que fuéramos convocados.

3/1

De tal manera, señor presidente, hemos preparado la respuesta a cada uno de los interrogantes planteados, que estamos entregando por secretaría y vamos a acompañarla con la proyección de algunas imágenes que pueden facilitar un poco la explicación de algunos temas técnicos.

Antes de comenzar con las respuestas puntuales -según usted lo disponga- nosotros quisiéramos hacer un repaso muy a vuelo de pájaro sobre la situación actual del estado de salud de la provincia y del funcionamiento del Consejo, considerando dar un marco general imprescindible para mejor comprender respuestas a preguntas que son muy dispares en los temas que abarca.

Si usted me lo permite, nos referiríamos entonces a la producción, al recurso humano, a los indicadores de salud, al financiamiento y a la gestión de nuestra República. Durante 1996, en las 29 áreas Programa de nuestra Provincia se atendieron 1.353.569 consultas y se produjeron 44.240 egresos de internación. Esto significa 2,3 consultas por habitante de la provincia y 7,6 egresos cada 100 habitantes. El total de las 1.252 camas disponibles en nuestros hospitales alojaron en promedio a 632 pacientes por día, que permanecieron poco más de 5 días internados. Hemos atendido 7.686 partos, con un 16 por ciento de cesáreas; esto lo remarco, es un indicador de atención bastante importante.

-Se procede a proyectar una diapositiva.

SR. VILOSIO - Acá tenemos una proyección -sólo que no se ve porque que es muy chiquita la letra- donde se están resumiendo algunos de estos indicadores. Se realizaron en el '96, 8.200 cirugías. Se efectuaron 1.397.462 prestaciones de enfermería; más de la mitad de esto -el 56 por ciento- en nuestros Centros de Salud; esta es una premisa fundamental en el desarrollo de la estrategia de la atención primaria. Nuestros odontólogos atendieron 128.710 pacientes; el 40 por ciento de ellos fueron niños en edad escolar; un aspecto fundamental en la estrategia de prevención. Se aplicaron 208.928 dosis de vacunas y así podemos seguir con algunos indicadores más como el número de radiografías, serologías hechas y demás, pero resumiendo, 96 versus 95, los datos más significativos son: Se incrementaron los egresos de internación un 9,9 por ciento; las consultas en un 33 y medio por ciento; las cirugías casi un 17 por ciento; se aumentó un 51 por ciento el número de pacientes atendidos en odontología; las prestaciones de laboratorio un 35, radiología un 17 y las transfusiones un 27 por ciento. Esto, más allá del dato frío y aislado, lo que está reflejando es la recuperación de la capacidad asistencial y de la oferta de servicios de salud emprendida durante la gestión.

En cuanto al recurso humano, el personal del Consejo totaliza hoy 4.226 personas distribuidas en todas las dependencias del Consejo, incluyendo la Casa de Río Negro en la ciudad de Buenos Aires. La mayor concentración, por supuesto, se da en los hospitales de mayor complejidad que son los de Viedma, General Roca, Cipolletti y Bariloche, que totalizan -ellos cuatro- 1.780 agentes, es decir, el 42 por ciento de nuestra planta se desempeña en estos cuatro hospitales. El nivel central -el edificio en Viedma- cuenta

con 149 empleados exclusivamente, esto es el 3,5 por ciento de nuestra planta. El número total de agentes que se desempeñan en salud se ha ido reduciendo desde 4.329 que eran en noviembre de 1995 a los 4.226 actuales; la reducción es de 103 agentes, pero el número de profesionales aumentó desde esa fecha hasta ahora en 10 agentes.

Personal de salud. Este es un dato interesante, no sólo una formalidad. Si uno lo analiza por su distribución en agrupamientos tenemos 482 administrativos, esto es el 11,4 por ciento de la planta; 1.572 auxiliares asistenciales, el 37,1 por ciento; 936 agentes en Servicios Generales, el 22,1 por ciento; 85 agentes de Mantenimiento y Producción, es el 2 por ciento y 1.140 profesionales, esto es el 26,9 por ciento.

4/1

Algunos indicadores de Salud muy relevantes como son los de salud materno infantil, han seguido una sostenida tendencia al mejoramiento en Río Negro; por ejemplo, entre 1990 y 1996 se redujeron en un 41 por ciento las muertes fetales; el número de muertes en menores de un año cayó un 36 por ciento y la tasa de mortalidad infantil, en forma contraria a lo que ha sido la tendencia nacional, descendió en 1996 al 15,2 por mil; disminuimos también la tasa de mortalidad específica en niños de 1 a 4 años, la bajamos de 0,7 a 0,5 por mil; la mortalidad específica en menores de 5 años, de 3,2 al 2,7 y la tasa de mortalidad en menores de 5 años con la metodología de la UNICEF, que técnicamente tiene sus particularidades, del 21,6 al 17,7. Toda esta información que voy señalando está documentada en el Anexo del informe que hemos entregado.

La cobertura de vacunaciones en la provincia registra niveles sensiblemente mayores que la media nacional. Nosotros tenemos una transparencia sobre vacunaciones que vamos a proyectar.

-Se procede a proyectar una transparencia.

SR. VILOSIO - Por ejemplo, en B.C.G tenemos cobertura del 125,5, en SABIN tenemos 102,2 contra 89 de nación, en triple, 100 contra 79 y en la antisarampionosa 116 contra 109.

-Se proyecta una diapositiva.

SR. VILOSIO - En cuanto al control de hidatidosis, que es una patología endémica y por la cual se nos conocía hace años en el mundo y hoy se nos conoce por la eficiencia de nuestros programas de erradicación, en cuanto a -reitero- la equinococosis canina, sigue disminuyendo su presencia en la provincia llegando en 1996 al 2,8 por ciento contra el 4,1 que teníamos en el 1995. Así como siguen disminuyendo los casos clínicos en humanos, en Río Negro fue 9,5 por diez mil contra 45,8 por diez mil de Neuquén y 58,3 de Chubut y comparamos con las provincias vecinas porque se trata de una patología endémica regional, que es en esta zona, en el norte y centro de la Patagonia donde históricamente se ha localizado. Ahí tenemos otro slide.

-Se procede a proyectar una transparencia.

SR. VILOSIO - Según la información brindada por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de su Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Río Negro se encuentra por debajo -con cifras del año 96- de las tasas de incidencia nacionales en parotiditis, rubéola, neumonía, influenza, diarreas en menores de 5 años, Hepatitis A, Hepatitis B, sífilis, supuraciones genitales, Chagas y tuberculosis. Estas son una parte del grupo de enfermedades que están bajo vigilancia obligatoria y permanente.

El Programa Provincial de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA ha detectado 32 infectados en el primer semestre de 1997, acumulando ahora desde 1991, 239 pacientes infectados y un total de 64 casos clínicos detectados desde el año 1988.

La tasa de incidencia de infección por HIV en Río Negro es del 0,45 por diez mil y un total de 35 pacientes se hallan hoy bajo tratamiento en nuestros hospitales. Quiero resaltar que a diferencia de lo que ha pasado en otros ámbitos, en nuestra provincia siguen recibiendo toda la medicación que requieren de Salud Pública, incluyendo drogas modernas y de alto costo como son las proteasas.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, durante 1996 y 1997 se incrementó significativamente el monto de recursos destinados al funcionamiento de los servicios de Salud. Con relación a 1995 se incrementó en un 72,8 por ciento el total de fondos para funcionamiento remitido, es decir, pasamos de 3.600.000.- a 6.200.000.- prácticamente. El promedio mensual de los fondos remitidos al conjunto de las dependencias del Consejo, y hay que considerar aquí a hospitales, laboratorios, Zonas Sanitarias, el laboratorio productor de medicamentos -el PROZOME- nuestra delegación en Buenos Aires, que no tiene solamente un costo administrativo de funcionamiento sino que se hace cargo del pago de prestaciones en dicha ciudad, -reitero- este promedio de funcionamiento, excluyendo sueldos y contratos de personal, en el '96 fue de 515.700.- pesos y hasta agosto del '97 de 435.000.- mensuales en promedio.

Después vamos a analizar, a desagregar un poquito más estas cifras.

En 1997, además, se procedió a cancelar con bonos, que son obligaciones de pago, un total de 1.660.388 pesos de deuda correspondiente al período que venció en diciembre de 1996. Esta deuda estaba desparramada en diversos hospitales fundamentalmente. Los hospitales de mayor complejidad, los cuatro que hemos citado anteriormente, recibieron en los primeros ocho meses de este año un promedio de 60.016.- pesos mensuales de funcionamiento, más la cancelación promedio de estas deudas en CEDEPIR por 122.000.- pesos. A estos recursos deben sumarse además los que se transfieren en carácter de insumos cuya adquisición y distribución está centralizada, es decir, se compran en nivel central y se envían a los hospitales.

En resumen, para cerrar esta síntesis sobre el panorama financiero, hay un cuadrito en la respuesta escrita -digamos- donde hemos consignado el promedio mensual de fondos de funcionamiento que se remiten, que dijimos es de 435.215 pesos; se pagan promedio, desde el nivel central a los hospitales, 55 mil pesos de locaciones de obra y contrataciones, que como es un punto más de este informe después nos vamos a extender más en esto; se pagan también desde el nivel central unos 55.000 pesos en concepto de servicios públicos a nombre de los hospitales. En diversas partidas y fondos para obras o tareas especiales, tales como en su momento fueron los fondos especiales que se giraron para la lucha contra el Hantavirus, unos 158.000 pesos. Los hospitales tienen una recaudación mensual promedio para toda la provincia de 172 mil pesos y el Consejo Provincial de Salud Pública distribuye mensualmente un promedio de 97 mil pesos en toda la provincia en concepto de placas radiográficas, sueros y leche. De esta manera lo que se está destinando al funcionamiento hospitalario, básicamente son 974 mil pesos mensuales. Hay que agregar que el gasto en personal promedio mensual es de 4.063.000 pesos.

El mejor financiamiento de toda esta red de salud permitió también fortalecer un aspecto muy importante de la gestión del Consejo, como es la actividad del Laboratorio Productor Zonal de Medicamentos. El PROZOME, como así lo conocemos, distribuyó un promedio mensual de 431.775 unidades de medicamentos, totalizando 5.181.300 unidades en el año pasado.

En 1997, este año, hasta septiembre, se produjeron 6.589.091 unidades, a un costo, por las características del laboratorio, muy inferior al del mercado; nuestro cálculo es que esta masa de producción de medicamentos a valores de licitación de mercados actuales, representan algo así como 1.550.000 pesos.

En cuanto a la gestión de las estructuras del Consejo creemos que hemos avanzado significativamente en la consolidación del proceso de descentralización de nuestros hospitales; hemos impulsado y fortalecido, hemos retomado la política de descentralización a través de aplicar la ley 2.570. Hemos adherido al Decreto 578 del Poder Ejecutivo nacional y hemos implementado un Programa de Capacitación para nuestra gente de los Consejos Locales de Salud, un programa de Gerenciamiento Estratégico, en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación.

Hoy tenemos conformados 30 Consejos Locales de Salud en la provincia que abarcan la totalidad de nuestras áreas-programa.

En el marco del crédito de la operatoria del PRL 2, cuyo marco legal fue recientemente aprobado en esta Casa, hemos comprometido objetivos de profundización en la gestión descentralizada, contando para ello con la asistencia técnica a través del Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), así como para otros aspectos de la reformulación de la estructura y funcionamiento del Consejo, tales como el marco legal, la refuncionalización del Organismo Central, la formulación del Seguro Provincial de Salud y la elaboración y gestión presupuestaria. Varias de estas líneas de trabajo se constituirán en propuestas, en herramientas que llevaremos a consideración del Consejo de la Función Pública. Estamos, además, muy avanzados en la gestión de asistencia financiera, en el marco del PRESSAL, pero esta vez destinada a inversión en infraestructura de Salud, debido a que, justamente, se evalúa muy positivamente el proceso de reforma sectorial propuesto por el gobierno y su desarrollo a través del Consejo. Nos vamos a extender más adelante cuando hablemos de la infraestructura hospitalaria, del plan de obras.

Por otra parte el mejoramiento de la gestión a nivel central, junto con la mayor disponibilidad financiera y la estabilización y recuperación del funcionamiento de la provincia, ha permitido mejorar sustancialmente las condiciones de licitación y compra de diversos insumos básicos. En cuanto a los precios promedio de compras, la mejora de los mismos es sustancial en los últimos años; hemos planteado y esto está desarrollado con números más extensamente en el informe, un mejoramiento de los precios desde el 34 hasta el 60 por ciento de insumos tales como leche, placas y soluciones parenterales.

Por último, quiero hacer referencia, que a través de la implementación del Gabinete Social, el Gobierno Provincial ha priorizado la articulación e integración de recursos disponibles para el Area, generando un ámbito específico, propio, a las secretarías de Salud, de Acción Social y de Educación. Actualmente, el Gabinete Social ha decidido y está implementando, ya se ha implementado, la adquisición de nueve ambulancias 0 Km., que empiezan a ser distribuidas en estos días en los hospitales de la Provincia, lo cual nos va a posibilitar no sólo dotar de vehículos nuevos a estos hospitales sino también reparar vehículos que hoy están en funcionamiento, reciclarlos y destinarlos a otras Areas Programa. De tal manera, estamos atacando uno de los problemas centrales de nuestro equipamiento como es el de la movilidad, el de la disponibilidad de vehículos. Está previsto ya, además, una segunda adquisición para el primer trimestre del próximo año.

Luego de esta introducción no quisiera extenderme más, me parece que la expectativa es avanzar en los puntos concretos.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Pascual.

SR. PASCUAL - Es para comunicarle, señor presidente, que el miembro informante del bloque del oficialismo va a ser el señor legislador Ricardo Sarandría.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - El miembro informante de nuestro bloque va a ser el legislador Barros.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tal cual lo acordado entonces en la reunión de la comisión de Labor Parlamentaria vamos a iniciar el cuestionario, señor secretario de Estado, planteando cada uno de los temas y dejando a los miembros informantes de los distintos bloques, luego de su explicación en cada uno de estos temas, que planteen sus dudas o interrogantes. Pasamos entonces al primer tema del cuestionario del Anexo I que dice: Situación sanitaria de Maquinchao - Brotes de Hepatitis.

Tiene la palabra el señor secretario de Estado.

SR. VILOSIO - En este punto hemos creído conveniente pasar revista, al menos someramente, a algunas consideraciones sobre la enfermedad en cuestión, creemos que ha habido cierto tipo de confusión respecto a esto, algunas características relevantes de la población y de los servicios de Salud en Maquinchao y extendernos finalmente sí en el brote en cuestión; los datos, la información que tenemos, desde el punto de vista epidemiológico y las acciones que concretamente se desarrollaron en el área programa. Vamos a poner la transparencia. Se procede a proyectar la transparencia.

SR. VILOSIO - La Hepatitis "A", que de esto se trata, es una enfermedad infecciosa viral y es conocida, además, como Hepatitis Epidémica o Hepatitis Infecciosa, justamente por su genio epidemiológico. Esta es una microfotografía del virus de la Hepatitis "A". En el ciclo natural de la enfermedad el hombre y algunos primates, son los reservorios del virus, que se transmite de una persona a otra por vía fecal-oral, es decir, el virus se elimina por la materia fecal e ingresa al tubo digestivo nuevamente por la boca. La enfermedad tiene un período de incubación entre 15 y 50 días, la máxima posibilidad de transmitir la enfermedad se produce durante la segunda mitad del período de incubación, es decir, cuando todavía el paciente no tiene síntomas. De hecho, un porcentaje muy importante en algunas comunidades, en la mayoría de los casos, transcurren sin síntomas aparentes, sin embargo la persona está enferma.

La distribución del virus y de la enfermedad es mundial -vamos a pasar la otra transparencia- y se presenta en forma esporádica y en forma epidémica con tendencia a tener recurrencias psíquicas.

Los brotes son muy comunes en instituciones, en ámbitos institucionales. En ese mapa, es un mapa que distribuye el CDC de Estados Unidos, se ha dividido el mundo en zonas, según el grado de prevalencia de la enfermedad, lo que está en rojo son las zonas del mundo que tienen alto grado de prevalencias, alto grado de casos permanentemente de Hepatitis "A". Lo que está en amarillo son las zonas de una prevalencia intermedia, lo que está en verde es bajo y lo anaranjado, que como ven está muy limitado al norte de Europa, es lo muy bajo.

Con frecuencia estas epidemias evolucionan lentamente, abarcan vastas zonas geográficas, pueden durar muchos meses, es más común entre niños de edad escolar y adultos jóvenes. En la mayoría de las zonas templadas la incidencia es de un 10 a un 20 por ciento mayor en el otoño e invierno que en la primavera y verano. Esto guarda relación con las características del brote nuestro directamente.

El CDC, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, informa, por ejemplo, que si bien la mortalidad de la enfermedad es baja, para ellos, en Estados Unidos la mortalidad es 4.1 cada mil casos, un aumento de la severidad del cuadro clínico se produce cuando mayor es la edad del paciente, los mayores de 49 años tienen una mortalidad del 17.5 por 1.000. La complicación más grave es la denominada Hepatitis fulminante, que tiene una letalidad -es decir, se mueren- mayor al 50 por ciento de los afectados y por esta causa mueren en EE.UU. unos 100 pacientes al año, complicaciones de Hepatitis "A". En su población, la población norteamericana, la mortalidad para el grupo de 5 a 14 años es de 1.6 por 1.000. En Estados Unidos se estiman, y discúlpeme, señor presidente que me refiera a Estados Unidos pero hemos tomado como información de referencia un país desarrollado con las diferencias que son obvias, como para poder ubicarnos qué pasa en el resto del mundo con la enfermedad, en ese país se estiman entre 125.000 y 200.000 infecciones por virus de Hepatitis "A" anuales, de los cuales entre 84.000 y 134.000 desarrollan cuadros clínicos característicos. Estos cuadros registran una evolución cíclica y ellos registran picos epidémicos cada 10 años; el último y muy significativo por cierto, fue en 1989. Un párrafo muy interesante desde el informe del CDC, dice lo siguiente: "En muchos países en desarrollo donde el saneamiento ambiental generalmente es pobre, casi todos los niños menores de 9 años de edad presentan evidencia de infección previa por virus de Hepatitis "A". En esas áreas, raramente se producen brotes y la enfermedad por virus de Hepatitis "A", clínicamente evidente es poco común, cuando las condiciones higiénicas mejoran, la transmisión a personas de mayor edad y la incidencia de enfermedad clínica aumentan. En muchos países industrializados, persisten bajos niveles de infección endémica por el virus de Hepatitis "A". Yendo a la Argentina -tenemos una transparencia donde están las provincias de todo el país- el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación informa, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, una incidencia para todo el país de 99.9 casos cada 100.000 habitantes en 1995, y de 91.2 cada 100.000 habitantes en el 96. Para Río Negro, en el 96 la tasa fue de 56.6 cada 100.000, y la provincia sobre las 24 jurisdicciones quedó ubicada en el lugar 21, en el orden decreciente de influencia, es decir es una de las incidencias más bajas registradas en el país en el 96.

Por la descripción muy somera que hemos hecho de la forma de transmisión de la enfermedad es que las medidas de prevención se refieren fundamentalmente a las tareas de educación respecto a conductas de higiene personal y a prestar una especial atención sobre la eliminación sanitaria de las heces y, fundamentalmente el cuidadoso lavado de manos.

En el transcurso de este brote de hepatitis, de esta cuestión que se planteó respecto a la hepatitis, surgió también la discusión sobre la importancia, la utilidad o la necesidad de la vacunación contra la hepatitis "A", así que queremos hacer referencia a este tema también.

La vacuna contra Hepatitis A es una vacuna viral, purificada, con un virus inactivado, -esto es una definición técnica-. En el país se comercializa una de origen belga que está autorizada en varios países europeos. Tiene un esquema de vacunación que es igual para todas las edades y que se basa en dos o tres dosis, depende de la situación epidemiológica de que se trate. En el caso de vacunar adultos, la dosis cambia también según el nivel de anticuerpos que los mismos tengan porque por lo que dijimos antes, es muy frecuente que el adulto tenga anticuerpos por infecciones que ha tenido en la infancia. El porcentaje de seroconversión, es decir, el porcentaje de personas que luego de su vacunación desarrollan anticuerpos que los protegen, es de entre el 95 y el 99 por ciento, pero esta vacuna no tiene todavía indicación de aplicación masiva en la población infantil; puede ser utilizada por grupos seleccionados en edad escolar, antes del ingreso a jardines de infantes o escuelas, pero su indicación es individual. En este sentido el Ministerio de Salud de la Nación oportunamente fue consultado por el área técnica del Consejo y ellos desaconsejaron -por una cuestión de falta de experiencia todavía sobre la verdadera relación costo-beneficio- los esquemas de vacunación masiva. Además, ese ministerio no recomienda la indicación de vacunación masiva en adultos, por cuanto en su gran mayoría han sufrido la enfermedad o la infección subclínica en años previos y mantienen niveles aceptables de inmunidad, de manera que la decisión de no vacunar masivamente contra la Hepatitis A, nosotros la hemos sostenido, no en base a una postura local, provincial o particular del Consejo de Salud Pública de la Provincia de Río Negro, sino en concordancia con las directivas de la autoridad sanitaria nacional y en acuerdo con lo que internacionalmente se plantea al respecto. Refiriéndonos concretamente a Maquinchao, queremos señalar algunos rasgos distintivos de la localidad: la zona urbana de Maquinchao comprende un área de unos 5.000 metros cuadrados, tiene unos 1.900 habitantes y otros 800 en la zona rural, que comprende conglomerados tales como El Caín, Pilquiniyeu y Aguada de Guerra; además hay núcleos de población dispersa tales como Ruca Luan, donde tenemos censado y bajo control 43 familias. La provisión de agua en el área urbana de Maquinchao es a través de red domiciliaria, que está a cargo del DPA. La toma de agua se realiza en un pozo ubicado en el propio casco urbano de la misma. Existe en esa localidad una escuela primaria con 524 alumnos, -30 personas trabajan en ella-, un Jardín de Infantes con tres salas donde hay 69 niños y trabajan 4 empleados más y existe además, una Residencia Escolar Primaria donde hay habitualmente unos 38 alumnos, 7 empleados y una familia de 6 miembros adultos. Está también el Colegio Secundario y la Residencia Escolar Secundaria. El Consejo provincial de Salud Pública tiene un Hospital denominado de complejidad III con un equipo de salud constituido por 39 personas: hay 3 médicos generalistas, 1 bioquímico, 1 odontólogo, 4 agentes sanitarios en la zona urbana 2 agentes sanitarios en Centros Periféricos, 9 enfermeros en el Hospital y 2 en Centros Periféricos, y el resto del personal son administrativos y de servicios generales. El Area Programa Maquinchao incluye tres Centros Periféricos: El Caín, que cuenta con 1 enfermero y 1 agente sanitario, Aguada de Guerra, que tiene enfermero, y Pilquiniyeu, que tiene 1 agente sanitario.

-Se procede a proyectar una
transparencia.

SR. VILOSIO - Entrando -ahí tenemos la transparencia- al brote concreto de Maquinchao, nosotros decimos que el Departamento de Epidemiología y el Hospital de Area Programa Maquinchao detectaron entre abril y mayo de este año un aumento del número de casos de Hepatitis en el área. El primer caso de 1997 se registró en la semana epidemiológica número 14. Esto corresponde al mes de abril y se registró, ahí más o menos se puede ver en el gráfico un pico en la incidencia de la patología durante Junio, que fue el momento en el cual el personal del Departamento de Epidemiología y de la División de Inmunizaciones hicieron un estudio epidemiológico en terreno. En ese momento teníamos 33 casos de Hepatitis A confirmados por el laboratorio. El estudio epidemiológico hecho en terreno en ese momento arrojó que el 76 por ciento de los casos tenían entre 5 y 9 años de edad, y un 97 por ciento correspondieron a la zona urbana de la localidad. El 76 por ciento de los chicos, -pacientes en ese momento- concurrían a la Escuela Primaria número 3 y al Jardín de Infantes anexo.

Hemos rescatado el párrafo final de este informe epidemiológico que dice: "Dada la característica y el tiempo de aparición de los casos se trata de una epidemia propagada, descartándose entonces la fuente común de propagación como podrían ser los alimentos. Respecto al agua, que es distribuida por la red en la zona urbana donde ocurrieron la mayoría de los casos, se constató un buen nivel de cloración de la misma, siendo apta para el consumo. Sólo se comprobó agua no apta en el matadero municipal, donde no es frecuente la asistencia de niños, encontrándose éste en las afueras de la localidad. La Escuela, ubicada en el área urbana, cuenta con buenas instalaciones sanitarias pero ha sido sin duda el centro de diseminación del virus entre los alumnos concurrentes a la misma en período de incubación, seguramente por la falta de aseo o lavado de manos de los mismos. Se analizan entonces las características sanitarias de las viviendas de estos niños, pensando quizá en descartar esta hipótesis como la única de la transmisión: De los 20 casos en escolares primarios que había en ese momento, el 55 por ciento poseía letrina en su vivienda y el 45 por ciento restante baño instalado. Al no existir diferencia significativa entre estos porcentajes, se induce a pensar que el factor letrina y condiciones sanitarias en las viviendas, si bien ha sido un factor importante en el inicio de la enfermedad, a los efectos de la propagación del virus no es relevante, pues éste indudablemente se ha ido transmitiendo en forma fecal-oral a través de los juegos y por los utensilios compartidos en el comedor escolar, sin previo lavado de manos. Otro factor que pudo haber incidido en dicha propagación es el tratamiento de los utensilios utilizados en la preparación y ofrecimiento de la comida y copa de leche. Se descarta como posible vínculo a los insectos tales como las moscas, pues no se observó acumulación de residuos peridomiciliarios, ni en viviendas ni en el establecimiento educativo. El basural, a cielo abierto, ubicado en la periferia de la ciudad, es frecuentemente visitado por los pobladores, principalmente por los niños, lo que posibilita el manipuleo de elementos posiblemente contaminados. El tratamiento que imparte el Hospital local a los desechos biológicos es a través de la quema a cielo abierto en el basural, en el mismo recipiente que sirve de transporte a los mismos."

Como conclusiones de ese informe epidemiológico se consigna: "Encontrar una vía única de transmisión de la Hepatitis viral aguda es casi imposible. En este aspecto, cobran importancia las condiciones higiénico sanitarias en las viviendas, fundamentalmente en lo que se refiere a eliminación de excretas, que se hace a través de letrinas; la mayoría de ellas inadecuadas y sin el tratamiento correcto..."

-Se proyectan diapositivas.

SR. VILOSIO - Estas fotos que se están pasando fueron obtenidas en el mes de junio en oportunidad de este trabajo epidemiológico y corresponde a viviendas de pacientes en ese momento, inclusive alguna de ellas corresponde a una pensión; ésta es una foto de una pensión y después hay otra más, es decir, en todos estos lugares, obviamente hubo casos de Hepatitis. "Deben mencionarse también como factor potencial, los basurales..."

-Continúan proyectándose diapositivas.

SR. VILOSIO - Esta proyección es de otra pensión de Maquinchao. "...Hay uno, disperso a cielo abierto, de unos 100 por 600 metros, donde se comprobó la existencia de gran variedad de residuos y la presencia de pobladores recolectando materiales que transportaban a sus viviendas. En el otro basural, de proporciones más chicas, se observó que se estaba trabajando con las máquinas...". Este es el lugar, obviamente no se observa la basura y el otro es el más pequeño donde estaba trabajando la máquina en ese momento. "...Los contactos en la epidemia juegan un papel fundamental, por lo tanto no se puede dejar de tener en cuenta en el análisis, el incumplimiento de las medidas de prevención y bloqueo al inicio de las mismas, necesarias para poder cortar la cadena de transmisión del virus...". En aquel momento nuestra gente de epidemiología constató también escaso cumplimiento de las indicaciones de reposo y cuarentena, -cuarentena en términos de evitar que los chicos tengan un contacto social muy frecuente con otros niños de su edad- ya que aunque algunos chicos no concurrían a la escuela se quedaban jugando en la casa y el contacto se multiplicaba. Este es un tema que se observó y se trabajó enérgicamente con la gente del hospital. Esto es el informe epidemiológico de junio, con 33 casos.

Cuál es la situación de hoy?.

Nosotros tenemos registrados 100 casos a la fecha. Está en el cuadro anterior donde tenemos todo el brote descrito, el gráfico de líneas. Desde hace ya tres semanas tenemos una muy baja cantidad de casos nuevos y las últimas dos semanas no tenemos; hace quince días que no tenemos casos nuevos en Maquinchao.

El análisis epidemiológico ahora, ya con los 100 casos analizados, no difiere sustancialmente de lo que se encontró en junio. La incidencia en general ha sido de 37,2 casos cada mil habitantes. La distribución según sexo fue equivalente, cincuenta y cincuenta entre varones y mujeres. El 67 por ciento de los casos se concentraron en chicos de 5 a 9 años. El segundo grupo, en edad, afectado fue el de 10 a 14 años con 13 por ciento de los casos. A través de una medición de lo que se llama el Riesgo Relativo con una técnica de Odds Ratio, con un límite de confiabilidad muy alto, nosotros inferimos que la población que asiste a la escuela primaria tuvo 9 veces más riesgo de enfermar por Hepatitis A que aquellos chicos que no iban a la escuela; esto con un análisis estadístico muy significativo, con una posibilidad de que sea debido al azar esta diferencia mínima y un análisis técnico muy severo en este sentido. Obviamente esto hizo que todas las acciones y las estrategias se centraran en el trabajo con la comunidad educativa, particularmente con los chicos y fundamentalmente a través de la escuela.

El hospital de área Maquinchao nos informa que inmediatamente de detectado este tema se realizó una supervisión en la Escuela Primaria número 4 ya que ahí estaba la mayor parte de los chicos.

Se reforzó la cartilla, el material que habían entregado en las escuelas las maestras, sobre medidas de prevención, ya que, reitero, las medidas de prevención con los chicos tienen que ver fundamentalmente con la cuestión higiénica. Se trabajó con los medios locales de comunicación, la difusión de estas medidas. Se imprimieron y se distribuyeron breves cartillas en los comercios de la localidad y el Consejo Local de Salud se convocó a reuniones extraordinarias específicamente para tratar este tema.

De todo este análisis y con esta información que en su momento fue devuelta inmediatamente a Maquinchao se procedió a desinfectar 208 letrinas, en conjunto entre Salud Pública y el municipio local; esta desinfección de letrinas se hizo en 2 oportunidades, durante los meses de julio y agosto. Se difundió y se trabajó sobre la necesidad de seguir haciéndolo mensualmente hasta nueva orden. Al mismo tiempo se puso en marcha un programa de limpieza de los tanques de agua, porque si bien no detectamos un problema en la calidad del agua potable, de cualquier manera forma parte del paquete de saneamiento ambiental que hay que aplicar en cualquiera de estas circunstancias. Se han distribuido 1.700 litros de lavandina hasta la fecha con el objetivo de extremar las condiciones de higiene hogareñas; se realizan las visitas domiciliarias con agentes de salud, con agentes sanitarios, a fin de difundir las medidas de prevención y explicar las mismas casa por casa y en esta tarea que diría iniciaron los agentes sanitarios del hospital, se han ido sumando después distintos grupos comunitarios y quiero hacer referencia especialmente, señor presidente, a los alumnos del Colegio Secundario de Maquinchao que fue un grupo tremendamente activo en esto de las visitas domiciliarias, en el trabajo comunitario y a los cuales la gente del hospital de Maquinchao concretamente nos ha pedido que hiciéramos referencia en oportunidad de esta sesión.

En el hospital de Maquinchao hubo internaciones de chicos con Hepatitis, fundamentalmente por causas sociales, digamos; no tuvimos en todo este brote ninguna complicación de la descrita por la literatura y por supuesto tampoco tuvimos hasta ahora ninguna defunción por Hepatitis de las que ya hemos descrito que ocurren. Las causas por las cuales se internaron chicos en el hospital, bueno, son hijos de familias numerosas, padres que trabajan, que no están en la casa. Se dispuso entonces una sala exclusiva con un enfermero específicamente destinado al cuidado de estos chicos; se internaron en total 38 y hasta la semana pasada permanecían internados 5. Ya lo reitero, no por la cuestión clínica sino por la cuestión social o familiar.

Se trabajó con los profesionales médicos en escuelas primarias, dando charlas a los padres, a las familias, se va cumplimentando toda la información epidemiológica y estadística, y ya que se había detectado que el agua del matadero estaba contaminada, un agente sanitario del hospital diariamente concurre a clorinar ese depósito específicamente.

Se realizó además un catastro cerológico, una investigación del suero de numerosos pacientes de Maquinchao, exactamente 39 y ese suero fue enviado al Instituto Malbrán. Por un lado el resultado confirmó el diagnóstico clínico de Hepatitis "A" pero es información que nos va a ser muy valiosa a efectos de hacer un seguimiento ulterior de los casos para determinar con qué grado de inmunidad ha quedado ahora la comunidad de Maquinchao.

En un trabajo conjunto con los Técnicos del D.P.A., con los Agentes Sanitarios nuestros y con el Centro de Estudiantes del colegio secundario, y a esto hacía referencia antes, se visitaron las familias que disponen de canillas fuera de sus viviendas, se realizó el relevamiento de estas casas que no tenían la canilla en el interior y el D.P.A. ha realizado ya las conexiones de agua en los domicilios ya que el acarreo de agua desde el exterior hacia el ambiente habitado, era un factor de riesgo más que estimamos necesario evitar. En cuanto a Pilquiniyeu y el Caín, se realizaron con los Comisionados de Fomento la desinfección de las letrinas y la entrega de lavandina por parte del Hospital. Junto con el personal de las Escuelas, los Agentes Sanitarios están trabajando en estos parajes en las medidas de prevención, en la difusión de estas medidas. Igual metodología se utilizó en Pilquiniyeu, Aguada de Guerra y en este momento tenemos entonces en Maquinchao 91 altas clínicamente, 91 personas que clínicamente han curado su hepatitis sobre el total de 100 casos que se han registrado. En Pilquiniyeu, yo estoy reproduciendo un informe que nos hacen llegar sobre las actividades y la difusión de actividades de prevención, las medidas de higiene, cómo las trabajaron con los chicos, los propios chicos elaboraron cartillas y carteles para difundir los cuidados a observar.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Estamos en el primer tema, Situación Sanitaria de Maquinchao, brote de Hepatitis. Si hay alguna duda...

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Primero es para agradecerle al doctor Vilosio su presencia y la de todo su gabinete. Sé que desde el primer momento que nosotros hicimos este pedido de interpelación él prestó su buena voluntad de concurrir al recinto, creo que eso le hace bien a nuestra democracia, a la democracia de Río Negro y significaría que estamos en pasos un poco más adultos desde hace un tiempo atrás.

Quería referirme un poco a la introducción del doctor, ya que desde las primeras palabras no coincidimos con el doctor Vilosio, él hizo mención a que nosotros en el pedido de interpelación aludimos a la crisis y dice que la crisis es igual a transformación, para nosotros la crisis es la mala atención, la falta de medicamentos, la falta de médicos, la baja de la calidad de la atención médica, la mayoría de los hospitales con carencias fundamentales, para nosotros eso es crisis. Cuando él se refiere a los recursos humanos coincidimos con las cifras que ha dado. Nosotros tenemos acá también nuestra fuente. Cuando habla de los médicos, es real que se ha mantenido la cantidad de médicos, pero con una diferencia, se han retirado de la provincia 90 médicos con experiencia, 90 médicos capacitados para resolver los problemas y para compensarlo han ingresado médicos que la mayoría de ellos no tienen residencia, no tienen especialidades y como vamos a ver en el tema específico de Maquinchao, ha traído algún dolor de cabeza. Por lo tanto creo que este retiro que se está efectuando de la planta de médicos de la provincia, es también una de las causales de lo que nosotros denominamos crisis.

Con respecto a otras cifras que dio el doctor surge un aumento de la demanda de los pacientes del hospital público, no entendemos cómo habiendo un aumento de la demanda constante, el gasto en salud pública es menor y va a llegar a un techo de 70 millones de pesos que es lo que ha firmado la provincia con el BIRF y que nosotros hemos aprobado aquí, entonces me gustaría que en algún momento explique este aumento de la demanda y un gasto menor que ha tenido la provincia.

Quería ahondar en otros problemas, él habló del HIV, que hay 35 casos, en Salud Pública coincidimos pero creo que esa no es la realidad de la provincia, el Estado de la provincia o Salud Pública específicamente, no está cumpliendo su papel de policía en este tema de la denuncia de los casos que tiene que haber, además los 35 casos son atendidos con el presupuesto nacional ya que los medicamentos vienen totalmente de Nación y acá tengo las partidas que en el año 96 llegaron 80 mil pesos para el tratamiento de los 36 casos que existen en la provincia y que además hay una partida de 20 mil dosis para hacer comprobaciones.

Con respecto a Maquinchao, primero voy a leer un informe, dice así: "Falta de coordinación de las distintas zonas sanitarias, la línea sur, Maquinchao, pero la línea sur en conjunto, está atendida por cuatro zonas sanitarias" no sé cómo se puede hacer sin coordinación y con atención de cuatro zonas sanitarias porque interviene Roca que es Zona I, -creo- interviene Viedma, interviene San Carlos de Bariloche y Jacobacci, por lo tanto hay cuatro presidentes de zona que tienen jurisdicción en la línea sur, lo que me parece es que debería plantearse, al menos, un redimensionamiento de esas zonas o hay alguna que está de más; esa es una cuestión que se la dejo flotando al doctor Vilosio, porque creo que eso también puede ser uno de los temas que está padeciendo la zona sur. Dice después este informe "Escasez de recursos, falta de personal médico, problemas de infraestructura, se ha incentivado la demanda" como es más o menos en toda la provincia "La población rural prácticamente no tiene asistencia médica, no tiene cobertura social de ninguna índole y los planes específicos para el sector no se pueden llevar adelante por desfinanciamiento". Esto, señor presidente, lo dice la provincia de Río Negro a través del ente de Desarrollo para la Región Sur, en un diagnóstico que hizo hace muy poco tiempo y que el doctor Vilosio lo conoce porque él ha estado en una reunión y además, le puedo agregar, que Maquinchao no tiene una ambulancia confiable, no se pueden hacer las derivaciones en tiempo y forma, debe pedirse alguna camioneta a una población vecina o a alguien que pueda aportarla, particular; tampoco tienen una camioneta especial, digamos una cuatro por cuatro para hacer la rondas del DAPA, atención primaria y en la época de invierno no han efectuado justamente estas rondas por carecer de vehículo adecuado. O sea que todos los puestos de El Caín, Pilcaniyeu, etcétera, no han tenido cobertura profesional médica porque justamente faltaba un medio idóneo para hacerlo.

De los tres médicos que habló el doctor Vilosio, dos ingresaron en el 95, salieron de la facultad y fueron a hacer salud rural, a la provincia de Río Negro, específicamente a Maquinchao. Es un matrimonio que no tiene formación especial, no han hecho el curso de residentes médicos en la provincia y creemos que esta gente no tiene la preparación necesaria, que sabemos que tiene que tener un hombre o una mujer para atender la salud en una población rural aislada.

Con respecto al brote, -que yo más que brote lo calificaría de epidemia y no sé por qué Salud Pública no lo ha declarado de esta manera- me gustaría que el doctor me diga si existe el corredor epidemiológico de los últimos 5 años, si ya no hubo un alerta en años anteriores que decía que esto iba a pasar.

Cuando él habla de por qué no se vacunó en Maquinchao, creo que realmente no se hizo porque no funcionó la cadena o la red de las alarmas epidemiológicas del Departamento de Vigilancia Epidemiológica -que seguramente habrá pasado la alarma- para tomar las medidas en tiempo y forma; por supuesto, si vamos a consultar a nación el tema cuando tenemos 30 ó 40 casos, lógicamente me parece que va a decir que en este momento no es prudente o no es necesario hacer la vacunación, pero si esto se hubiera tomado en la semana 14 de la que habló el doctor Vilosio, posiblemente hubiéramos disminuido la cadena epidemiológica y no habríamos llegado a los 100 casos, con los trastornos que trae para la población y el niño.

El doctor después dijo que puede haber sido la contaminación, pero yo creo que no, porque el foco contaminante no lo ha podido determinar y concuerdo con él que es difícil. Nombraba un basural de cielo abierto que hay en Maquinchao en donde los chicos jugaban, entonces la Hepatitis tendría que estar diseminada en toda la provincia de Río Negro porque en toda la provincia los municipios tienen basurales a cielo abierto, por lo que no creo que sea una cuestión seria decir que a partir de ahí ocurre el foco. Mostró una letrina que se veía que no estaba en buen estado y quién es el responsable de eso?, quién es el responsable de la política en Río Negro, ya que durante 14 años gobernó el mismo signo político?, por qué no se erradicaron las letrinas existiendo planes nacionales para hacerlo y para financiarlo?, es decir, creo que no se ha volcado la voluntad necesaria a la Línea Sur para que esa situación que reflejaba el doctor se termine de una vez. El también decía "vamos a hacer, vamos a hacer"; no, vamos a charlar acá de lo que ha pasado, lo que va a pasar lo vamos a discutir en otro momento y lo que está pasando hoy en salud es que hemos tenido una epidemia de Hepatitis A en la zona de Maquinchao que dura todavía. Dijo que empezó en abril pero en realidad los primeros casos empiezan en marzo, pero bueno, la vigilancia lo va detectando recién en abril, dura más de 6 meses y yo digo, es lógico que una epidemia de Hepatitis A dure 6 meses?, por qué no se vacunó en una población aislada como son las recomendaciones?, es decir, todo eso creo que tiene que tener una respuesta, pero una respuesta que la pueda entender -como dice Neustadt- doña Rosa, no en términos profesionales y médicos; como ustedes saben yo no soy médico ni lo quiero ser pero me gustaría poder entenderlo al doctor y a veces me cuesta seguirlo, pero como estoy acá por un cargo electivo, soy político, tengo que defender a los electores de la provincia y además porque tenemos el rol de auditores políticos es que queremos conocer la realidad porque si todo está bien, entonces creo que no era necesario esta interpelación; nosotros creemos que las cosas están mal y que si no se toman los remedios adecuados en tiempo y forma vamos a estar cada vez peor, por eso es que le voy a pasar la palabra a los otros colegas y a esperar la respuesta del doctor.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: No para polemizar con el legislador Barros porque creo que no es el momento, ya que estamos en el medio del informe "in voce" del Secretario de Estado, pero quería rever un poco las reglas con las cuales vamos a manejarnos en esta interpelación donde entendíamos que después de cada punto íbamos a manifestarles a las autoridades informantes algunas dudas que nos quedaran para después producir el debate al final de la interpelación, porque sino va a ser muy difícil evitar la polémica política, va a ser muy difícil que uno no confronte informes con información internacional entendibles por doña Rosa, -que no es tan bruta como piensa el legislador Barros- no es razonable que se diga que una epidemia sigue cuando hace tanto tiempo que no hay casos, ni es entendible que se cumplan normas nacionales y se diga: "no, para la provincia quiero otra cosa", es decir, creo que el ser médico o el no serlo no significa que no tengamos que prepararnos y capacitarnos para venir a pedir informes;

creo que el buscar solamente cosas susceptibles de ser politizadas o producto de debate político, es desperdiciar una hermosa ocasión para enterarnos, con cierto grado de certeza, cómo están marchando ciertos aspectos de la salud en Río Negro. De ninguna manera estoy de acuerdo cuando se dice que se está hablando de lo que se va a hacer porque, señor presidente, poder exhibir, -creo que por modestia el doctor Vilosio no lo ha hecho, pero en esta Cámara se ha anunciado que la mortalidad infantil es del 15,2 por mil, una de las más bajas del país, cercana a la de Capital Federal- me parece que no es hablar para el futuro sino del pasado, porque para lograr descender la tasa de mortalidad infantil al 15 por mil significa mucho trabajo de gente que evidentemente el legislador preopinante está subestimando, como a lo mejor el matrimonio de médicos que está en Maquinchao -no cualquier médico se va a vivir a ese lugar- o la cobertura de vacunación que han hecho los agentes sanitarios mencionados que trabajan en el área programa de Maquinchao, o los enfermeros de esa localidad. Creo que existe un error que personalmente vengo viviendo desde hace 13 años, se intenta jugar a la política y a los partidos desde el área de la salud y no se dan cuenta que en realidad no están atacando al doctor Vilosio sino al médico que se rompe el traste manejando el centro periférico en el área rural, a los enfermeros que trabajan en dicha área, a los agentes sanitarios, a ellos se los está atacando porque la vacunación no es obra de las autoridades de Salud, es obra de gente que todos los días se acerca a caballo, a lo mejor, a brindar cobertura a zonas a las que es muy difícil llegar.

Le pido, señor presidente, que nos haga el favor de clarificar nuevamente las reglas de juego de manera de no tener que interrumpir con este debate político -al cual obviamente no pienso rehusar- después de cada sector del informe, limitar a los aspectos técnicos las preguntas entre informe e informe y por supuesto, después dejar al doctor Vilosio que dé las explicaciones que correspondan.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi y después vamos a repasar las normas que hemos acordado para el debate de hoy.

He sido un tanto flexible en función de que fue la primera vez del uso de la palabra de cada uno de los miembros informantes de bloque y había un informe general del doctor Vilosio al cual, sin duda, considero que pueden referirse y deben referirse los legisladores pero recuerdo que una vez terminado el informe "in voce" de cada uno de los temas y agotadas nuestras inquietudes, vamos a dar el debate que sea necesario en el Parlamento sobre el tema de Salud Pública.

SR. CHIRONI - Presidente: En primer lugar para agradecer la presencia del doctor Vilosio y su equipo, que si no me equivoco lo ha hecho por segunda vez en el año, cuestión que no es normal en otras áreas del gobierno.

Mi pregunta con respecto a este brote o epidemia -no lo sabría definir con exactitud- de la Hepatitis es sencilla, pero me parece que es importante para el común de la gente. Es si debe vacunarse o no en el tema de la Hepatitis tipo A porque definido esto, podríamos definir si tenemos responsabilidades o no las tenemos en el área de salud pública.

A mi humilde entender, lo que conozco es que la vacuna contra la Hepatitis A es obligatoria -diría- en casi todos los países denominados del primer mundo y recomendada en nuestro país por la Sociedad Argentina de Pediatría y además tengo entendido también que la Organización Mundial de la Salud la recomienda para el control antibrotes de Hepatitis A junto a otras medidas de prevención.

Entonces tendría más preguntas sobre este tema, pero me parece que la definitiva es si debe o no vacunarse o si esto es importante o no.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio a los efectos de responder los interrogantes planteados por los señores legisladores.

SR. VILOSIO - Gracias, señor presidente.

Francamente me he llenado de papelitos, le pido que me disculpe, señor presidente, pero fuimos tratando de tomar nota, fundamentalmente, de una serie de observaciones que hacía el legislador Barros.

No sé por donde empezar, pero en principio yo le diría que cuando nosotros nos sentamos en esta mesita tenemos la inevitable obligación de fundamentar las cosas que estamos diciendo, están más desarrolladas en el informe, inclusive hay anexos documentales que es papelería que no tiene sentido leerla acá, pero debemos fundamentar cada cosa que estamos diciendo.

Yo no tengo manera de rebatir el planteo de que nada anda o de que todo está mal en términos genéricos, digamos. La ambulancia de Maquinchao funciona, se utiliza; si es una ambulancia del primer mundo?, no, no lo es, es un vehículo usado, es una ambulancia como las que tenemos en las zonas rurales pero que está prestando servicios, se trasladan pacientes habitualmente; si en el invierno en algún momento no pudieron salir?, sí, es posible que en algún momento no hayan podido salir. Sí, sí, esto pasa, pasa ahora, ha pasado históricamente, pasa en muchos lugares del mundo en los cuales no se puede salir en invierno por problemas de accesibilidad geográfica, pero el servicio médico tiene una continuidad en el área programa más allá de inconvenientes que tienen que ver con lo particular de la región.

En algún momento encontré cierta, o me pareció, señor presidente, interpretar cierta discrecionalidad en el sentido de descalificar de alguna manera el trabajo en SIDA porque se recibe financiamiento nacional y tengo que decirle, señor presidente, que la provincia de Río Negro de su propio peculio sostiene el tratamiento de los pacientes con SIDA por encima o por demás de lo que la Nación manda en cuanto nosotros estamos comprando desde hace ya unas cuantas semanas medicación que Nación no cubre, medicación novedosa, son inhibidores, son proteasas. Acá me pasaron un papelito con el costo de cada tratamiento, 800 pesos por mes, pero yo le quiero plantear, señor presidente, algo que va más allá de esto y que tiene que ver con los fondos nacionales.

Nosotros, efectivamente recibimos fondos nacionales, como los reciben todas las jurisdicciones del país, pero en esta provincia los fondos nacionales se dedican a atender los programas a los cuales van dirigidos y me refiero con esto al programa de SIDA y E.T.S., al programa de salud materno infantil y a la vigilancia de enfermedades a través del Departamento de Epidemiología, cosa que puedo asegurarle -y podemos arrimar la documentación en su momento- no sucede en otras jurisdicciones nacionales. Esto el Ministerio de Salud y Acción Social de la nación lo reconoce, lo ha hecho explícito. No estamos en un esquema de confrontación con ese ministerio, de modo que para nosotros no es un desmérito asignar al tratamiento de pacientes con SIDA los fondos que vienen con ese fin y además agregarle un gasto y la cobertura en un medicamento que Nación no cubre. Esto no lo hacemos tampoco con un espíritu de confrontar y decir que somos más o mejores sino de complementar, porque entendemos que hay una responsabilidad de la Nación en esto; no es un regalo de la nación; no nos están regalando absolutamente nada, están cumpliendo, como corresponde, con su obligación y nosotros hacemos nuestra parte al sumarnos al esfuerzo.

En el mismo tren de la relación con nación y no con una lógica distinta, nosotros mantenemos una relación directa y permanente con los niveles técnicos del Ministerio y en el tema específico de la vacunación, la decisión de no implementar un programa de vacunación focalizado en Maquinchao -o Maquinchao y Cona Niyeu que es el otro tema que tenemos para más adelante- responde a un análisis técnico en conjunto con las autoridades nacionales. A tal punto, señor presidente, que yo quiero dar lectura a una nota de fecha 21 de mayo, no 7 de octubre, 21 de mayo, dirigida al jefe del Departamento de Epidemiología del Consejo de Salud Pública, donde dice: "El Ministerio de Salud y Acción Social, asesorado por el grupo Asesores en Hepatitis Virales formado por importantes especialistas de nuestro país, en relación con las noticias periodísticas que inducen a la población a pensar que es necesario aplicar a los niños la vacuna contra la Hepatitis A, informa y recomienda: En el momento actual no existen recomendaciones internacionales que indiquen la vacunación masiva de la población, cualquiera sea su edad, ni el grupo asesor nacional lo recomienda; esta vacuna es de indicación individual en personas susceptibles no inmunizadas en forma natural, en el caso de aplicarse, debe tenerse en cuenta la revacunación cada, por lo menos, diez años, dado que en el caso de vacunación en niños se trasladaría la enfermedad a edades mayores en las que la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias son mayores. Saludamos a usted muy atentamente". Esto lo firma el Director Nacional de Epidemiología. Esta es una de las comunicaciones que nosotros recibimos en el intercambio de opiniones sobre este tema.

Así como lo relatamos el año pasado respecto al tema Hantavirus, así como lo planteamos a los 420 padres de la escuela de General Roca cuando tuvieron un chiquito con meningitis meningococcica en esa escuela, asimismo lo hemos hecho con la hepatitis, nosotros nos manejamos por una cuestión de capacidad de fuego técnicamente, capacidad de análisis y relación directa con organismos internacionales, nos manejamos en conjunto con el área epidemiológica de la Nación. De manera que tenemos buena relación con la Nación en cuanto a los fondos que nos envían, que estamos orgullosos... Me parece que yo no puedo compartir el criterio de que somos malos porque somos fondos nacionales, que además, en definitiva, es dinero de la provincia para SIDA y la Nación es buena porque por una cuestión de... que es un error nuestro, ellos dicen que no hay que vacunar, en realidad el análisis técnico conjunto indicó que no era necesario vacunar.

Respecto al corredor endémico, la transparencia que pasamos recién se ve muy mal realmente pero en el anexo del informe está, resume en el mismo gráfico, no técnicamente un corredor endémico, que es una elaboración gráfica distinta pero sí superpone la incidencia de la enfermedad en el mismo período, durante tres años, 95, 96 y 97. En el análisis del gráfico se ve que durante el 95 hubo un caso en la semana dos, dos casos en la semana 20, dos casos en la 25, un caso en la 27 y uno en la 28, después, en el 96 no hubo incidencia registrada y en el 97 pasamos al primer caso, reitero, en la semana 14 del año y el desarrollo rápidamente del brote de Hepatitis; no había elementos epidemiológicos de años previos para prever este brote, sí debe considerarse y yo por eso hice hincapié en el genio epidemiológico de la enfermedad en los términos que lo plantea el CDC de Atlanta, sí debe considerarse digo, que la enfermedad evoluciona en forma de brotes o epidemias, la diferencia entre brotes y epidemia es una cuestión de magnitud y lamentablemente, tal como lo planteamos en la ocasión pasada respecto al Hantavirus se focaliza mucho en la importancia de la palabra, porque pareciera que esto tuviera mayor impacto, pero técnicamente es la misma cosa, técnicamente seguimos teniendo gente enferma y esto es lo que nos interesa.

Digo, lo que sí debe considerarse y esto es parte del genio epidemiológico, es que esta enfermedad evoluciona en brotes y la duración de los brotes cada diez años a que yo hacía referencia, tiene que ver con que justamente, el cálculo es que la inmunidad adquirida después de la enfermedad dura más o menos diez años, con lo cual en ese período las poblaciones se hacen susceptibles.

El tema de considerar el papel del basural en todo esto no es un tema poco serio, es parte del relevamiento epidemiológico cuando uno trabaja con una enfermedad infecciosa, sea hepatitis, sea meningitis, sea neumonía, sea diarrea, sean infecciones respiratorias agudas del lactante. La revisión y el análisis sobre los basurales es parte de nuestra metodología de análisis habitual, se fueron a ver los baños, las cocinas, las canillas de agua, el basural, cómo se quemaban los residuos patológicos del hospital, cómo se lavaban las manos los chicos. Las fotos de esas letrinas, yo creo que sería ahondar en algo que me parece es un poco la discusión política de fondo, que supongo es lo que motiva el pedido de interpelación, pero hay dos cosas que puedo asegurar. Primero, no es responsabilidad de Salud Pública, esto quiero hacerlo explícito porque en algún momento del debate público sobre esto, en algún momento en que algunos medios de difusión nos planteaban esta cuestión, medio como que se estaba planteando que Salud Pública es responsable que la enfermedad exista y yo digo, nosotros somos responsables si tomamos o no las medidas que hay que tomar, esto es lo que estamos tratando de explicar. Pero por otra parte -y esta es una opinión personal, señor presidente, si usted me la permite- creo que hay un componente de responsabilidad individual y personal porque estas no son letrinas de viviendas precarias, abandonadas en medio del campo, son letrinas, inclusive como lo he señalado, algunas de ellas, como esa que está ahí pertenece a una pensión. Quiero decir que hay cierto nivel socioeconómico donde la responsabilidad individual no puede ni debe -a nuestro criterio- ser soslayada, es decir, la problemática social, compleja, lo entendemos, lo mismo la erradicación de letrinas pero reitero, estas no son casitas de parajes abandonadas de la mano de Dios, son casas de clase media de la localidad de Maquinchao.

Se hizo referencia también al fraccionamiento de la línea sur en cuatro zonas sanitarias; Maquinchao depende de la V Zona Sanitaria, la línea sur, si por tal consideramos, y así es el criterio geopolítico del Ente de Desarrollo de la Región Sur, la IV Zona Sanitaria que es la zona andina abarca Pilcaniyeu y Comallo por una cuestión de accesibilidad geográfica y funcional al hospital de Bariloche que es cabecera de esa zona. Desde Comallo hacia el este -esto es todo la V Zona Sanitaria- hasta Valcheta donde empieza la III Zona Sanitaria, esto es en base a un análisis técnico por el cual se estima que Valcheta, su foco, su línea de derivación natural es hacia la zona atlántica y lo que queda por fuera de esto, que es la zona de El Cuy, es I Zona Sanitaria este, depende del Hospital de General Roca porque tiene acceso directo y asfalto a esa localidad; por supuesto que la zona del Departamento de El Cuy es tremendamente extensa y no en

cualquier punto del departamento de El Cuy se está a la misma distancia de General Roca, pero también hay que considerar que se trata del departamento menos poblado de la provincia, tiene algo menos de 0.5 habitante por kilómetro cuadrado. De manera que la línea sur no está fraccionada ni fragmentada, hay una realidad común a una serie de localidades que se engloban dentro de lo que es la V Zona, que tiene su sede administrativa en el hospital de Los Menucos y que tiene como hospital intermedio de derivación el de Ingeniero Jacobacci.

En cuanto a la referencia al diagnóstico del Ente de Desarrollo de la Región Sur, como bien dijo el legislador, nosotros estuvimos presentes en una reunión en Comallo a la cual fuimos en respuesta a un trabajo previo que se había coordinado con este Consejo, a través del cual el Ente de Desarrollo había hecho un relevamiento de las necesidades y de una serie de planteos de infraestructura, de equipamiento, de recurso humano en los hospitales;

este trabajo se hizo conjuntamente con los directores de hospitales, pero este diagnóstico al cual se hace referencia no fue elaborado en conjunto con nuestra gente; en esa reunión en Comayo, implícitamente yo rechacé los términos de ese informe y por supuesto podríamos ahondar, -aunque creo que no es el motivo de esta reunión en particular- pero en la cuestión concreta de la relación con el Ente yo me comprometí a volver y comprometí al Consejo de Salud Pública en destinar un profesional nuestro a trabajar desde el punto de vista sanitario en la confección de un programa específico de atención a la salud destinado a la Línea Sur pero yo afirmo aquí -como lo dije en aquel momento- que este es un diagnóstico ligero y -yo diría- altamente politizado en sus expresiones, y digo la palabra politizado aún sabiendo que la presidencia del Ente no está en manos de un representante de la oposición política, digo politizado en la concepción de la cosa y creo que fue planteado muy por fuera de la realidad.

Señor presidente: Yo no vine aquí a decir que todo es una maravilla y que todo está bien, si esto no se interpretó adecuadamente lo quiero reiterar, tenemos dificultades en nuestra provincia y desconocerlo sería una falla bastante complicada. Tampoco puedo tomar -por supuesto, nadie me pide que lo haga- como propias las expresiones respecto a la calidad técnica de los médicos de Maquinchao. Creo que es aventurado y no tengo en este momento elementos académicos para juzgar la capacidad de los mismos, sí sé que han resuelto acertadamente muchas situaciones y que un profesional puesto en la circunstancia difícil de prestar servicios en una localidad como ésta, -me refiero a su tamaño, a su ubicación geográfica y demás- está permanentemente sometido a la opinión muy aguda y observadora del conjunto de la población. Los médicos en estas localidades son un centro de atención importante y por lo tanto suelen tener amigos y no tan amigos, hay gente que los idolatra y gente que los odia, esta es la historia casi habitual, folklórica, pero lo que sí puedo decir desde el punto de vista formal, que ninguno de los profesionales del hospital de Maquinchao tiene ningún planteo formal que ponga en cuestión su calidad técnica, hasta ahora por lo menos.

Respecto a la pregunta del legislador Chironi, creo que de alguna manera expresé que nuestra opinión respecto a la necesidad de vacunar es que no se debía vacunar y no es sólo la nuestra, esto fue -como ya lo dije- acordado con el Ministerio de Salud de la Nación. Son absolutamente ciertos los datos que plantea el legislador en cuanto a la política que al respecto tienen algunos países europeos, es verdad la recomendación de la Sociedad Argentina de Pediatría, por supuesto, pero si bien es de una enorme relevancia académica, la norma nacional y la autoridad con responsabilidad política en esto sigue siendo el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Cuando uno ve las normas que aplican en países europeos, por supuesto debe considerar que además de ser distintos, porque vacunan distinto, son diferentes porque tienen una historia, una cultura, un P.B.I., un nivel de producción, una balanza de pagos, es un mundo muy distinto al nuestro en este sentido y lo digo con todo el respeto y un poquito de envidia.

Creo, señor presidente, que he tocado más o menos todo. No sé si se me escapó algo.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Primero: Cuando el doctor Vilosio habla que no es responsabilidad de su área las letrinas, quiero recordarle que es miembro del gabinete social de la provincia. Segundo: Entiendo que las condiciones de los basurales abiertos es responsabilidad de Sanidad Ambiental, pero si bien el municipio es quien opera, las condiciones que deben reunir atento a posibles contaminaciones o infecciones es jurisdicción de Sanidad Ambiental, que debería haber dado la alarma correspondiente, los informes, exigiendo condiciones mínimas para que ese tipo de cosas no pase más.

Además, tengo acá denuncias de diagnóstico errado que ha tenido uno de los doctores que mencioné que habían salido prácticamente de la facultad y concurrieron a atender pacientes en la Línea Sur, y que casi causa la muerte de algunos niños.

Con respecto a lo que yo hablaba de doña Rosa -porque parece que el legislador Sarandría no me interpretó- es que ella no entiende de estadísticas, de camas, de números, lo que entiende si ella lleva su hijo al hospital, es si lo atienden bien, lo curan o lo matan, entonces vamos a los temas puntuales y que le interesan a la gente. No tengo otra pregunta en este momento.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Quiero aclarar un poco el concepto de las responsabilidades. Río Negro es una provincia constitucionalmente dividida en 38 jurisdicciones municipales con obligaciones que les son propias. Siempre hablando un poco para atrás -que es lo que parecía que hoy no estábamos haciendo- podemos decir que en cierta forma es una provincia récord en su capacidad de haber utilizado el crédito internacional para la cobertura de agua potable. De acuerdo al informe del doctor Vilosio, hoy en Maquinchao prácticamente el 90 por ciento de la población concentrada -y esta es más o menos la media de la provincia, 95 por ciento de la población concentrada- tiene agua potable. Por otra parte es una provincia que tiene -no estoy actualizado en este dato- alrededor del 60 por ciento de cobertura de cloacas y donde desde hace muchos años -no decimos que lo vamos a hacer mañana, se hizo hace mucho tiempo- se viene haciendo; estaba el actual Defensor del Pueblo -el ingeniero Kugler- que fue uno de los que trabajaron mucho en esta cuestión, es una provincia donde se ha trabajado activamente en el tema de la erradicación de letrinas.

Cuando el doctor Vilosio relataba la Hepatitis, cualquier persona con la misma capacidad intelectual que doña Rosa -que dicho sea de paso, doña Rosa no tiene obligación de conocer estadísticas pero los legisladores sí- enseguida asocia que la forma de transmisión de la Hepatitis A es muy similar a la del cólera, con todas las mismas prevenciones y los mismos cuidados.

Cuando en plena epidemia de cólera fuimos a Salta personalmente a estudiar el tema en terreno para evaluar las posibilidades que tenía Río Negro de tener algún brote de cólera, donde con la mejor predisposición el gobierno de Salta nos llevó a conocer todos los lugares donde se habían producido los brotes, observamos que como un gran adelanto estaban poniendo letrinas porque antes tenían un pozo, la letrina era un paso adelante, cuando nosotros estábamos a esa altura con programas del entonces Ministerio de Asuntos Sociales de erradicación de las mismas; claro, dependía también de cómo se utilizaban; nosotros hacíamos que los municipios hicieran proyectos y de acuerdo a los mismos se financiaba; por ejemplo, la municipalidad de Conesa erradicó alrededor del 95 por ciento de las letrinas.

Estoy seguro que el doctor Vilosio no tiene la responsabilidad de las políticas municipales en cuanto a saneamiento ambiental. También se hablaba recién del basural y creo que es importante -e insisto una vez más para poder aprovechar un informe que no es posible prácticamente repetirlo todas las semanas- ir a las cuestiones medulares, esperar los informes y tratar de no hacer especulaciones de tipo político porque realmente creo que estaríamos modificando el sentido de esta sesión extraordinaria en la cual estamos participando.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Presidente: Me da la sensación que los legisladores no han entendido la mecánica del informe del doctor Vilosio porque seguimos en el debate; a explicaciones de un lado, explicaciones del otro, pero las preguntas concretas no se realizan y entonces estamos entrando a la etapa del debate; me parece que deberíamos ponernos de acuerdo.

Yo le hice una pregunta al doctor Vilosio y por supuesto que vuelve a quedarme la cuestión en la nebulosa porque evidentemente distintos organismos técnicos dicen que hay que vacunar y el doctor Vilosio dice que han acordado o se han puesto de acuerdo con la organización nacional en esta materia en que no hay que vacunar, cuestión que me parece, con las recomendaciones que hay, bastante contradictoria. Entonces mi pregunta es: No se vacuna por una razón técnica o no estamos vacunando por una razón económica?. Esto es lo que me parece que sería importante entre el ser y el deber ser, no?.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Sí, señor presidente, no se vacuna por una cuestión técnica. Si nosotros, sabiendo que tenemos que vacunar no lo hacemos, este presidente es el primero que a los cinco minutos se va del cargo. Esto es insostenible; esta alternativa no existe para nosotros. Para esta conducción del Consejo no existe la alternativa de no implementar una medida, como puede ser la vacunación, por su trascendencia y su importancia, por una limitación de tipo financiero. Esto, para nosotros desde la concepción moral y ética es así, estamos convencidos de que no es necesario vacunar en este momento, en función de la opinión de los técnicos, no de la opinión de los políticos, no es nuestra opinión como responsables políticos. De manera que hemos hecho partícipes de esta decisión técnica de la autoridad nacional, de que no estaba indicado vacunar.

De paso, señalo que también el CDC, que es una referencia mundial en epidemiología, desaconseja la vacunación masiva en estos casos.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Dos cosas: Una, como lo hacemos habitualmente y habiéndolo hecho notar el legislador Sarandría, quiero saludar la presencia del ingeniero Juan Kugler, Defensor del Pueblo, en el recinto, quien no es la primera vez que viene y de paso recuerdo que es uno solo el funcionario de gobierno que viene a este recinto a informar.

En cuanto a atenernos o no al debate, a veces tengo la sensación de que lo que pautamos con los presidentes de bloque en la Comisión de Labor Parlamentaria no lo cumplimos. Si yo me pongo riguroso en esto, pareciera que quiero proteger a nuestros funcionarios porque no se las aguanta; el debate en realidad no es esto. Vilosio se las aguanta bien y no tenemos que protegerlo, pero obviamente, si nos vamos a salir del punto y contestamos otras cosas -obviamente depende de ustedes- trataré de llevarlo en función de lo que acordamos en la Comisión de Labor Parlamentaria porque así sirve esta reunión. No es porque a mí me preocupa cómo le va a ir a nuestro secretario de Estado. Lo que me preocupa es que no capitalicemos a su equipo y a él para informarnos debidamente de cómo estamos, de qué ocurrió, de cómo están viendo una problemática que al Parlamento le interesa, que es la problemática de salud pública. Ahora, si hacemos el debate antes, si desaprovechamos al secretario de Estado, si ustedes

no me ayudan -los presidentes de bloque digo- como hemos acordado esto, obviamente va a haber a preguntas respuestas, por eso he permitido también el uso de la palabra en las respuestas al legislador del Frente para el Cambio, como ha hecho el legislador Sarandria, porque me pareció absolutamente necesario, si no pareciera que no hay respuestas a estos planteos y por supuesto que las hay.

Con esta consideración quiero reiterarles que no voy a ser en esto más duro de lo habitual, quiero ser flexible también ya que esto tiene que ver con hablar, con hablar y con permitir el uso de la palabra, pero si podemos ceñirnos más a los puntos de lo que trata el temario, me parece que va a ser mejor para esta sesión y después daremos todo el debate que haga falta, para eso estamos.

Si damos por agotadas las dudas y los interrogantes de la primera parte del cuestionario, pasamos a la segunda que tiene que ver con la situación sanitaria de Cona Niyeu, brote de Hepatitis y le doy la palabra al doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Al igual que lo planteamos en el caso anterior, primero haremos una breve reseña de la localidad y luego una del brote concreto y de las cosas que se hicieron.

Cona Niyeu está a 140 kilómetros del hospital cabecera, que es Sierra Grande.

Hay 317 habitantes con una escuela con 90 alumnos y un albergue con 40 niños. Salud Pública tiene allí un puesto sanitario con un enfermero y un agente sanitario permanente y recibe una visita médica semanal desde el hospital de Sierra Grande. Cona Niyeu está recorrida en toda su extensión por un arroyo donde, a cuya vera están asentadas las viviendas; este es un dato importante desde el punto de vista epidemiológico. De las nacientes de este arroyo el D.P.A. toma el agua que es clorinada y distribuida a toda la población.

Respecto al brote en sí mismo, el primer caso de hepatitis fue diagnosticado el 28 de mayo, fue diagnosticado en el sector privado, obviamente no en Cona Niyeu pero era un chico de Cona Niyeu, se trató de la hija de un docente que vive en una casa con baño instalado en buenas condiciones. El segundo caso se diagnosticó en el hospital el 13 de junio y se trató de un hermano de la primera paciente. El 25 de junio, en la visita semanal que se hace de Sierra Grande ya estaba muy claro que había varias familias inclusive distintas a la del caso original, y ahí se pone en marcha la presencia de la gente de la zona sanitaria y del hospital intensivamente frente a esta situación. Ahí se trabajó fundamentalmente con el albergue, con los chicos que estaban en el albergue, se tomaron muestras de agua en varios puntos, el agua que era clorinada por el D.P.A. se encontraba en condiciones de potabilidad lo mismo que el agua tomada en la escuela y en el albergue, no así la del arroyo porque este arroyo es utilizado para eliminar las excretas. En julio se hizo presente en la localidad la directora del hospital de Sierra Grande, que fue un poco la que tomó la conducción de todo el operativo en la zona, ya había cinco casos nuevos diagnosticados en los primeros días de ese mes y en ese momento empezaban las vacaciones de invierno. El 4 de julio se les solicitó a los chicos que no se retiren de la escuela, que no vuelvan a sus parajes de origen para evitar la dispersión y la posibilidad de que a su vez, la dispersión de los chicos implicara la dispersión del contagio pero esto no fue posible, varios niños ya se habían ausentado. En la inspección al albergue se detectó que la cámara séptica no estaba funcionando y que derramaba aguas servidas en una zona muy cercana al mismo; esto se resolvió con técnicos y con personal que aportó HIPARSA, se realizaron los arreglos necesarios y similar actitud se tomó a través del Consejo Provincial de Educación con problemas también de la red cloacal en la escuela. Se utilizó y se distribuyó hipoclorito, es decir, lavandina, con el mismo criterio que señalamos en Maquinchao, a través del puesto sanitario y a través del comisionado municipal con la idea de que los pobladores lo utilicen en higiene de baños y letrinas, lo mismo se hizo con cal para el blanqueo. Como estas tareas de blanqueo y de higiene de letrinas no se habían terminado al momento de reiniciar las clases después de las vacaciones de invierno, el inicio de clases se pospuso hasta el 4 de agosto. Desde el 3 de julio hasta la actualidad dos personas del laboratorio del hospital de Sierra Grande se trasladan semanalmente a Cona Niyeu junto con el médico que

realiza la visita, a fin de realizar extracciones de sangre para controlar a los enfermos y detectar nuevos casos. Hasta la fecha se han hecho 230 extracciones de sangre para control. En agosto nuevamente se hizo una evaluación en terreno por parte de la Dirección del hospital, se realizaron charlas con la escuela, con el albergue y fundamentalmente, además de con los niños, con el personal, particularmente con el de la cocina. Hoy tenemos 44 casos diagnosticados, 33 de los cuales ya han sido dados de alta; de los 44 enfermos, 37 son alumnos de la escuela, 5 son menores, hermanos de chicos escolares enfermos y dos son adultos, ambos padres de niños enfermos. De los 44, 22 tienen letrina y 22 tienen baño instalado. Evidentemente con respecto al foco de contagio es altamente probable que se haya producido en la escuela por efecto de la mala eliminación de las aguas servidas, situación que ya se ha resuelto tal como se indicó.

En cuanto a la información epidemiológica, la tasa de incidencia fue de 145 cada mil habitantes, hay que tener en cuenta que esto está sacado sobre un denominador, es decir, sobre una población muy reducida.

La distribución por sexo fue prácticamente igual, 52 por ciento varones, 48 mujeres y al igual que en Maquinchao el 63 por ciento de los casos se localizaron en chicos entre 5 y 9 años. El análisis epidemiológico indica que los chicos que iban a la escuela tenían cinco veces más riesgo de enfermar que aquellos que no iban, esto obviamente se correlaciona con el tema del riesgo que implica o que genera la situación con la cloaca que fue descrita y consideramos que en este caso, la cuestión de infraestructura que estaba incidiendo negativamente es la que ha sido solucionada con la reparación de la red cloacal. Es todo, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Bueno, vamos a tomar el caso de Cona Niyeu pero primero yo tengo que hacer una aclaración porque noto que el legislador Sarandría me agrade y que ahora dice que los legisladores deben saber de estadística. Yo le voy a decir una estadística para que vea, pero también para que la entienda doña Rosa y para que vea que los legisladores tenemos estadísticas.

En la provincia de Río Negro mueren tres niños menores de un año cada dos días. Del total de las muertes, el 60 por ciento son evitables, eso lo dice el Departamento de Estadísticas de la provincia de Río Negro, no lo dice el legislador Barros, o sea, son evitables, cómo? con acciones...

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Legislador Barros, creo que nos vamos del tema. Le pido el mayor esfuerzo para concentrarnos...

SR. BARROS - ...entonces yo le voy a pedir que sea justo y que llame la atención con justeza a otros miembros de esta Legislatura.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Continúe, legislador, por favor.

SR. BARROS - Bueno, hacemos las pases, señor presidente. Son características distintas, como dijo el doctor Vilosio, lo que pasó en Maquinchao y Cona Niyeu. Esto se hace en una residencia que no sabemos por qué el director de la escuela en vez de dirigirse a Salud Pública se dirige al D.P.A. para que haga unos exámenes del agua ante la aparición de casos de hepatitis. Lo hace el D.P.A. y comprueba que en una bajada de tanque le da positivo, después aclara que no tiene nada que ver con el virus de Hepatitis sino que el D.P.A. hace otro tipo de análisis pero ahí ya vamos perdiendo un tiempo necesario, quiere decir que el cruce de información entre el Consejo de Educación y Salud Pública, -no tengo otra denuncia- en ese caso no funcionó.

También quiero en este caso de Cona Niyeu, agradecerle al legislador y médico Lucio Benítez que fue el que se molestó, porque además de saber de Estadísticas se molestó en ir hasta Cona Niyeu y traer la información desde la misma población. Lo que queremos saber concretamente, primero creo que no dijo los casos que hubo el doctor Vilosio o a lo mejor estaba en ese momento distraído, me gustaría que me diga cuántos casos hubo y en segundo lugar que diga por qué no se vacunó, porque este era otro tema distinto, era un caso cerrado, aislado, de un albergue en el que se produce el brote y si se obligó o no se obligó a la cuarentena porque no me quedó claro si se realizó la cuarentena en el albergue impidiendo que los chicos se tomaran las vacaciones para evitar contaminación o no, si se obligó o no se obligó porque él aparentemente dice que cuando van a hacer la cuarentena algunos chicos se han retirado, quiere decir que algo falló. Por ahora nada más. Me gustaría que me contestara.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay ningún interrogante más, tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: El número de casos es 44. Respecto a la cuarentena, lo que se indica en esta situación no es el aislamiento total del paciente, como puede ser con otra patología de alta infectabilidad, lo que se indica no es ya el esquema antiguo que ya a muchos de nosotros nos tocó cuando éramos chicos, hacer reposo en cama durante 40 días, esto tampoco se usa pero sí se le pide a los padres que el chico restrinja de alguna manera su actividad social, fundamentalmente las que realiza fuera del domicilio, en la escuela, lugares de juego, en la vida social en general y que se evite la acumulación de otros chicos en el domicilio. Es decir, no es una cuarentena, -yo mismo usé la palabra- quiero aclarar que no es en el sentido estricto de aislamiento absoluto. Además, en el caso de este albergue, lo que se pretendía era retenerlos para tener un análisis pormenorizado de la situación de todos y ver si existía algún tipo de caso social que requiriera, igual a lo que se hizo en Maquinchao, su internación a los fines sociales. De hecho lo que pasó es que algunos chicos se fueron, otros quedaron en el albergue y fueron analizados por la gente del hospital y después a muchos se los mandó a la casa, pero bueno, algunos chicos se fueron igual antes de que llegara la gente del hospital. Si algo falló o no falló, no lo sé, señor presidente, reitero que pueden haber fallado cosas, no me cabe ninguna duda, hay una larga cadena de acciones y responsabilidades de trabajo pero hay muchos eslabones en esta cadena y no todos, en realidad una minoría bastante significativa son los que dependen de la voluntad específica del gobierno, yo soy de los que creen que hay cuestiones de responsabilidad individual, que hay cuestiones de incumbencia de otros sectores de la vida comunitaria que son tan importantes como los de la propia organización del Estado.

Respecto a la intervención de Salud en Educación, como bien decía el legislador, un maestro se comunicó con la gente del D.P.A.; yo no puedo responder por Educación pero desconozco si ese maestro formalmente manejó esa información -desconozco, no digo que no lo haya hecho- a través del Consejo. Por otro lado, en el tema D.P.A. tampoco puedo dar respuesta, lo que sí puedo decir enfáticamente es que la gente del hospital de Sierra Grande actuó en función de la información que iba llegando, que le mandaban desde el puesto sanitario, con una presencia en terreno muy marcada...

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - El legislador Barros le preguntaba, doctor Vilosio, que en función de las características de localización, indique por qué no se debe vacunar.

SR. VILOSIO - Discúlpeme, se me pasó por alto. El planteo fue exactamente el mismo que en Maquinchao, desde el punto de vista de que esa comunidad cerrada, como había vivido hasta ese momento, recibió el tratamiento de un brote comunitario; es verdad que una gran mayoría de los chicos estaban en edad escolar pero teníamos casos dispersos por fuera y el foco de contaminación era un foco externo de la institución. Esto estaba al aire libre, fuera de los límites físicos de la institución, no estaba la posibilidad de contagio por contacto, no estaba restringida exclusivamente al ambiente físico de convivencia de los chicos. Esto es importante porque cuando se habla de comunidades cerradas, se habla típicamente de los cuarteles militares, digamos que son físicamente aislados, como la situación de las cárceles, pero no era esta la causa; diríamos que se producía en un ambiente absolutamente abierto, público, que de hecho era usado para jugar, no sólo por los chicos del albergue sino por toda la comunidad, inclusive hay casos primarios fuera del albergue.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Para completar este tema, el 26 de junio el director de la escuela de Cona Niyeu se dirige al D.P.A. solicitando los análisis por haberse detectado casos de Hepatitis. Es decir que la alarma que tendría que haberse hecho a través de la red de Salud Pública no funcionó porque este organismo aparece después, en una recorrida que debe hacer desde Sierra Grande el médico que tiene responsabilidad en ese área rural, es decir que ahí debe afinarse esa red de alarma epidemiológica, porque si no nos vamos a encontrar con otro año con epidemias mayores si es que esto no se corrige.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay ningún otro interrogante vamos a pasar al punto tres del cuestionario.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Puedo hacer una acotación respecto a lo expresado por el legislador Barros?

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Sí, por supuesto.

SR. VILOSIO - Quiero plantear que una red de alarma epidemiológica es un objetivo al cual nosotros queremos llegar y no estamos en esto en el punto óptimo pero es un objetivo que tenemos -reitero- y en el cual hemos avanzado mucho. Una red de alarma epidemiológica incluye no sólo a los que formalmente cobran su sueldo en Salud Pública sino que se basa en una cantidad de estamentos y de lugares donde por cercanías con situaciones puntuales muy específicas, como es la relación maestro alumno, hay niveles de alerta, de oportunidad de detectar precozmente los casos mucho mayores que en otros.

Un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la comunidad como el que promueve la Organización Panamericana de la Salud desde hace muchos años, se basa justamente en la instauración no sólo del agente formalmente incluido en la estructura de salud sino en el desarrollo de estas vías de alerta que existen en la propia comunidad con sus múltiples recursos. De esta manera quiero decir que sin ninguna duda me hubiera gustado decir en este momento que los primeros que nos dimos cuenta fuimos nosotros, acá en Viedma, en Laprida 240, pero que de ninguna manera es un desmérito el hecho de que hubiera sido este maestro el primero que detectó este tema, en todo caso habla muy bien del maestro, de la gente del D.P.A. que dio respuestas y habla muy bien de la gente nuestra que al día siguiente se hizo presente con la gente de la III Zona Sanitaria, de Salud Ambiental y de la directora del hospital de Sierra Grande.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Pasamos a: Situación en el Hospital de San Carlos de Bariloche.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Cuando se nos planteó el tema "Situación en el Hospital de San Carlos de Bariloche", nosotros entendimos que podía ser de interés en este informe hacer referencia a algunas cuestiones conflictivas que han ocurrido fundamentalmente en el curso de este año, que son públicas y que para nosotros básicamente se resumirían en la situación que se planteó en el área de Farmacia y Depósito del hospital que condujo a la detención y procesamiento de dos agentes de ese Área Programa, a la situación conflictiva planteada respecto de la dirección del Área Programa y a la ulterior intervención de la misma y también quiero hacer referencia -creemos que estaba implícito en la pregunta- a la situación conflictiva planteada en el ámbito de servicio de Salud Mental del hospital; hemos encontrado que esto podía ser un tema más relevante.

Para ubicarnos un poco en la situación hospitalaria, el hospital de Bariloche cuenta con 154 camas disponibles, con 490 agentes, es el hospital con mayor número de personal de la provincia, tiene 40 administrativos, 150 auxiliares asistenciales, 125 personas de servicios generales, 7 de mantenimiento y producción y 168 profesionales. Durante 1996 este hospital produjo 160.623 consultas, el 11 por ciento del total provincial, 4.805 egresos, es el 10.8 por ciento del total provincial y se atendieron 1.639 cirugías, esto para tener una idea del volumen de institución que estamos hablando. Con qué fondos funciona el hospital de Bariloche?, recibió durante 1997 para su funcionamiento, sin incluir salarios, un promedio mensual de 125 mil pesos, integrados ya sea por los fondos remitidos para funcionar como para pagar locaciones de obra, servicios públicos, la propia recaudación hospitalaria y la provisión de insumos que se compran desde el nivel central y constituyen una erogación destinada a ese hospital.

En primer lugar yo quisiera hacer referencia a algunas actuaciones sumariales que están en marcha y que de alguna manera muestran parte de la situación conflictiva. Voy a abreviar el relato de esto porque está escrito en el informe, pero por supuesto si es necesario lo ampliamos, con lo que está acá, inclusive con el acceso directo a los expedientes en los casos que son públicos.

Existe una situación conflictiva que está resumida en una actuación sumarial caratulada "s/presunta falta art. 13 ap. 1 inc. f y art. 20 inc. d - ley 1844, Agte. Luis Colonna-Bariloche, expediente número 98820-S-97 del registro de Salud Pública, es una investigación que se inició en virtud de un comunicado de prensa suscrito por agentes del Hospital San Carlos de Bariloche, donde se le imputa al Director del Hospital en ese momento el doctor Luis Alberto Colonna un manejo autoritario del Hospital, mecanismos no democráticos de participación y consulta de las decisiones, crear un clima interno de división y miedo, y malos tratos". He leído textualmente. El doctor Colonna en su momento hizo su descargo. Quiero resaltar que el sumario fue pedido desde la presidencia del Consejo Provincial de Salud Pública a la Junta de Disciplina pese a que el director del hospital fue designado por esta gestión. Con esto quiero ser muy explícito en una política de transparencia que hemos tomado frente a todos los conflictos institucionales que se plantean en salud, lo cual, entre otras cosas, nos ha valido que la gran mayoría de los expedientes que están cursando la Junta de Disciplina provengan de nuestro Consejo; recibimos oportunamente denuncias y le dimos curso a la investigación. Esta investigación actualmente está en marcha. La Junta de Disciplina se ha constituido con una resolución de fecha 30 de julio de este año en San Carlos de Bariloche y se han tomado las declaraciones, falta todavía imputar las presuntas o posibles responsabilidades, si las hubiera y después faltará que la Junta de Disciplina se expida. Pero quiero decir que esto está reflejando una situación de conflicto interno en la cual un sector importante del hospital planteaba su discrepancia con la conducción del hospital y el Consejo en esto no tomó una actitud autoritaria si no todo lo contrario, puso esto en manos de la autoridad para que se investigue. Debo reiterar porque a veces hay alguna confusión respecto a esto, que la Junta de Disciplina es provincial y no depende de este Consejo.

Hay otra situación complicada que se planteó y después vamos a ver cómo estos hechos se van hilando en un panorama general, que está resumida en una actuación caratulada "s/contrato de locación de servicios José Valenzuela-Hospital Bariloche", expediente número 23097-S-97 del registro de Salud Pública. Esta investigación se inicia en virtud de la Nota número 1698/97 de la Defensoría del Pueblo suscrita por el Ingeniero Kugler, mediante la cual pone en conocimiento que se ha abocado a la investigación o al tratamiento de una denuncia presentada por un señor José Valenzuela ya que prima facie advierte posibles graves irregularidades en el área administrativa de Bariloche, en cuanto a una contratación, en este caso del señor Valenzuela. A lo que nos estamos refiriendo es a la aparente existencia en ese momento de un contrato de locación de servicio suscrito directamente por la dirección del hospital con el señor Valenzuela violando, en principio, una serie de normas administrativas que lo inhiben. Este sumario está también en investigación y como veremos, este tema de las contrataciones por fuera o aparentemente por fuera de las normas legales vigentes luego se ha generalizado en el hospital. Y hay una tercer causa que creemos es muy relevante, que está caratulada "s/presunta falta art. 13 ap. 1º, inc. a), d), e) y f) y art. 20 inc. f) , g) de la ley 1844, agentes Martínez, Antonio y Tellez, Osvaldo-Hospital San Carlos de Bariloche", expediente número 19596-S-97".

Esta es una investigación que se genera a efectos de deslindar posibles responsabilidades de estos dos agentes que fueron mencionados, atento a la formación de una causa penal caratulada "Martínez Antonio y otros sobre Hurto - Expediente 744174-3-96" en trámite por ante el Juzgado en lo Criminal de Instrucción número 2 - Secretaría número 3 a cargo del doctor García Barros, secretaria del doctor Fernández.

Le resumo brevemente, señor presidente. Acá lo que la justicia está investigando y nosotros tomamos a posteriori, es la posible comisión de un delito de hurto in fraganti, según lo titulan los jueces.

Independientemente del trámite de esta causa que está en manos de la justicia, la investigación puesta en marcha desde Salud Pública, pondría en evidencia algunos hechos interesantes, graves, relevantes, que se desprenden de la misma. En principio aparece la situación -y como este hurto se refiere a productos farmacéuticos- en la cual un comité de compras que tiene el hospital de Bariloche decidía, normatizaba las compras lo cual es una práctica recomendable y que nosotros tratamos de estimular en los hospitales, que las compras se decidan en forma conjunta pero bueno, en este caso, aparentemente, en reiteradas oportunidades las compras decididas por el comité de compras eran modificadas por una o más personas, en función de ofertas extraordinarias y de carácter imperdible; esto haría sospechar que los productos comprados por el hospital a un determinado proveedor podrían ser los mismos que salían del depósito en esta cuestión que está investigando la justicia y que después se volvían a adquirir.

La situación se torna bastante compleja con esta sospecha en marcha, se plantea que hay responsabilidades directas de algunas autoridades del hospital, se plantea la responsabilidad indirecta de otros grupos de autoridades, entre ellas la propia responsabilidad indirecta del director del hospital ya que aparentemente no se estarían efectuando las inspecciones correspondientes al depósito del hospital, en el cual se encontró un importante grado de desorden, suciedad, falta de stock; se habría producido el recambio de la jefa de farmacia mientras la misma estaba gozando de su licencia y se había -esto es concreto, no es potencial- se había puesto en su lugar a una persona que ya tenía antecedentes disciplinarios serios; no constan los controles adecuados a la jefatura de compras, desconociendo decisiones del comité de compras del hospital, en fin, se reseña una serie de hechos de la gestión administrativa del hospital, creemos nosotros, de gravedad. Pero a esta situación se le suma la intervención directa en el tema de la Fiscalía de Investigaciones Administrativas. La Fiscalía de Investigaciones Administrativas de la provincia realiza una auditoría en el hospital de Bariloche, referida al análisis de las compras efectuadas en noviembre del 96 y mayo del 97, un relevamiento de las contrataciones de personal hechas en el hospital desde 1996 hasta agosto de 1997 y realiza un estudio por muestreo de los pagos realizados con las cuentas corrientes bancarias del hospital; la 90512 que es el fondo unificado de funcionamiento y la 90513 que es la recaudación del fondo de obras sociales.

Voy a resumir el informe que nos ha pasado la Fiscalía respecto a su intervención en el hospital. Ellos han registrado que durante el año 1996 se realizaron 18 concursos de precios, de los cuales 9 fueron para provisión de pan, 5 para artículos de limpieza y 4 para alimentos y esterilización y se efectuaron 5 licitaciones privadas, 3 de medicamentos y 2 de reactivos. En 1997, de 11 concursos de precios solamente se concretaron 3: 2 de pan y 1 para compra de artículos de limpieza. El procedimiento de contratación adoptado no se ajustó a lo estipulado en los artículos correspondientes a la Ley de Contabilidad ni al Reglamento de Contrataciones y en la mayoría de los casos se usó la contratación directa, siendo que este debería ser un mecanismo de excepción y además no se fundamentaron las razones de necesidad y urgencia.

Como dato significativo de los trámites de compra, faltan presupuestos en varias de las compras hechas; en los casos que se solicitaron presupuestos, los mismos tienen evidentes falencias, no hay pedidos de suministro formalmente hechos, no existen estimaciones de precios, se cotiza mediante fax, no se confeccionan los cuadros comparativos, se adjudican resaltando en el fax con lápiz resaltador y no emitiendo la documentación correspondiente, se parcializan las órdenes de compras y no tal como se debería hacer, en conjunto, cuando se adjudica.

Respecto al tema de contrataciones de personal, del análisis hecho por la Fiscalía se desprende que existen varios contratos de locación de servicios que tienen las siguientes observaciones: No existe documentación que autorice y apruebe las contrataciones, no se cumple el decreto 8/96 que suspende a partir de la fecha, que fue el 11 de octubre de 1996, la realización de contratos bajo la figura de locación de servicios y cualquier otra forma de vinculación con la administración pública y no se dispuso ninguna certificación de servicios previo a la liquidación del pago. Los pagos además se documentaron con recibos no oficiales. Hay que señalar que estas contrataciones no fueron en ningún momento autorizadas ni gestionadas desde el nivel central del Consejo.

Con respecto a las cuentas bancarias, reseñando rápidamente, puedo decir que se ha usado la cuenta para pagar servicios prestados por personas que no habían sido contratadas, pagos mensuales que corresponden a facturaciones de otros bienes, es decir, le pagaban servicios a personas contra facturas de otra índole, en algún caso los comprobantes tienen correlatividad, lo que evidencia un pago por servicios regulares a un proveedor único y por un concepto distinto al que se facturó, hay facturas sin conformar, hay facturas con fecha posterior al libramiento de los cheques con los que se hizo el pago, no se describen los servicios prestados, hay comprobantes sin CUIT, lo cual implica la falta de una resolución de la DGI, hay contrataciones de servicios sin licitar y sin causales que se justifiquen por urgencia, hay pagos librados contra la recepción de recibos no oficiales. Con esta información en la mano el día 25 de agosto de este año la Fiscalía de Investigaciones Administrativas libra el oficio 627/97 dirigido al presidente del Consejo, en el que informa que a consecuencia de la investigación realizada según el expediente 493/97 de esa Fiscalía, ha detectado graves irregularidades en el área administrativo-contable del hospital zonal, marcado incumplimiento de la ley de Contabilidad de la provincia y del Reglamento de Contrataciones y solicita la urgente realización de una auditoría contable integral en el mismo, aconsejando además, la suspensión del actual director del hospital y de la administradora, de acuerdo a los términos de la ley 2394. Con este oficio de la Fiscalía y con esta solicitud de la Fiscalía, nosotros además de proceder a la separación del director y de la administradora, cosa que hicimos inmediatamente a través de una decisión tomada ad referendum del Consejo Provincial interviniendo el área programa Bariloche, además de esto digo, se inició una investigación administrativa en virtud de este oficio, referidas como ya dijimos, al área administrativo-contable, a las contrataciones y a las rendiciones de fondos.

Esto es lo disciplinario. En cuanto a la auditoría contable que nos pedía Fiscalía y que efectivamente nosotros realizamos entre el día 2 y el día 5 de setiembre de este año, esa auditoría alcanzó a los sectores de contabilidad, fos, suministro y depósito del hospital.

Es muy largo el relato de los hallazgos, si bien lo que está en el informe es un resumen, pero yo quisiera señalar que las observaciones que hemos hecho halladas por la Fiscalía de Investigaciones, se ha abundado en información y en detalle sobre las mismas en cuanto a la desprolijidad en la gestión administrativa, la flagrante omisión de algunos pasos que establecen las leyes y las normas al respecto y fundamentalmente como una cuestión de forma, la falta de una estrategia, de una lógica en las compras y en la relación con los proveedores que aparentemente estaría relacionado con esta metodología, por lo menos, desprolija de realizar las adquisiciones. Por ejemplo, los únicos concursos de precios que se realizaron en el año son para comprar pan y artículos de limpieza siendo que obviamente los principales insumos que adquiere el hospital y que los estaba adquiriendo diariamente eran insumos farmacéuticos, descartables, insumos para la actividad asistencial.

Hay un alto grado de irregularidades en el manejo de las cuentas bancarias, las chequeras y las registraciones contables; por ejemplo en una de las cuentas, la de Gestión Permanente, dice: "Los libros de banco de la Cuenta De Gestión Permanente no se concilian desde el año 1992. Asimismo, no figuran registraciones en dicho libro desde el 8 de Julio de 1992 al 2 de Febrero de 1994. Tampoco desde el 4 de Mayo de 1995 al 5 de Diciembre de 1996. El libro número 2 de dicha cuenta fue rubricado con fecha 5 de diciembre de 1996 y se registraron cheques correspondientes a los sueldos de septiembre de 1996. No se registra fecha de emisión de cheques...". En otra de las cuentas, en la del FOS, figuran registraciones en lápiz, fechas de emisión de cheques equivocadas, el manejo del borrador de la chequera no está hecho, lo cual hace imposible o dificulta enormemente la realización de conciliaciones, se verifican depósitos en efectivo realizados con varios días de demora, existen depósitos de cheques y efectivo que se registran en el libro con meses de demora, en fin, similar situación con el manejo de la cuenta correspondiente a las órdenes de pago anticipadas.

Entre las conclusiones de la auditoría realizada por el Consejo de Salud Pública se señalan las siguientes en cuanto a posibles causas de esta situación: "La delegación de responsabilidad en personas que no las deben asumir por incompatibilidad, porque no están aptas para esto, descontrol de los circuitos administrativos básicos, conformidad de remitos y facturas, registro de cheques, conciliación, informes periódicos de rendiciones, ausencia de pedidos de asesoramiento...".

-Se interrumpe la sesión debido a un corte de luz.

-Eran las 15 y 05 horas.

29/1

CONTINUA LA SESION

-Siendo las 15 y 30 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Continúa la sesión.

Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Estábamos haciendo el resumen de los hallazgos de la auditoría; pasaría finalmente a las recomendaciones que hizo el auditor del Consejo, recomendaciones que por supuesto pensamos cumplir y algunas ya las hemos cumplido.

En primer lugar se recomienda remover del cargo a los responsables de los Sectores Contable y Suministros. Hay que definir una nueva estrategia de la conducción del hospital, reprogramar las tareas en base a cálculo de gastos a corto plazo y planificar las distintas funciones administrativas. Asimismo hay que dotar de personal idóneo y en cantidad adecuada a los distintos sectores administrativos. Quiero hacer notar que en este hospital, al cual no le falta personal administrativo, -lo dije al principio, hay cuarenta agentes destinados a esta tarea pero con una distribución muy particular sobre la cual después podemos hablar- se solicita destacar un grupo de asesoramiento "in situ" durante un tiempo no menor a tres semanas, que se abocará a determinar los saldos reales de las cuentas, efectuar las conciliaciones pendientes y adiestrar al personal administrativo en función de las falencias detectadas.

Como dije antes, se removió del cargo al director, a la administradora del hospital, se intervino el Area Programa y el Consejo Local de Salud; la intervención del Consejo Local duró 96 horas, hasta que nosotros obtuvimos copias de las actas del mismo que con anterioridad había sido imposible obtenerlas y por otro lado se aceptaron las renunciaciones de los jefes del departamento de Atención Médica y de Servicios Técnicos y Auxiliares del hospital; actualmente el hospital está intervenido a cargo del presidente de la IV Zona Sanitaria en un esquema necesariamente transitorio que nosotros estimamos no mayor a los treinta días más, buscando generar las condiciones para una nueva conducción hospitalaria.

Por último, en la lectura del informe quisiera hacer referencia a la situación del Servicio de Salud Mental, porque ésta es una cuestión que se ha hecho pública y ha sido materia de debate en la región andina y también en varios lugares de la provincia. Lo primero que hay que decir es que la División de Salud Mental del Hospital de Bariloche es un servicio que desde hace varios años -no de ahora- discrepa con la mayoría de sus integrantes o sucesivos jefes que ha tenido con la implementación de la ley 2440. Esto es una cuestión histórica, señor presidente, y de parte de esta historia puedo hacerme cargo yo personalmente porque he sido jefe de Atención Médica de este hospital durante varios años y conozco la intimidad de este sector, de este servicio que no acordó desde su inicio con la concepción filosófica ni con la metodología de trabajo de la ley mencionada; esto tampoco es unívoco, últimamente lo que estaba sucediendo es que había un sector que coincidía y otro que no, lo que generó una crisis interna bastante significativa.

En mayo de este año, el entonces director del hospital reemplazó al jefe de Servicio de Salud Mental que era un médico psiquiatra en ese momento, que estaba trabajando de acuerdo a las normativas de la ley 2440; después de esta historia de conflictos que yo le señalo, había asumido la conducción del servicio comprometiéndose en reordenar el funcionamiento de Salud Mental en los términos y lineamientos que establece la citada ley pero con un grado importante de enfrentamiento interno con algunos miembros del servicio; éste se encontraba de licencia en mayo y lo reemplazaron, se le imputó en ese momento graves responsabilidades respecto del manejo de psicofármacos, importantes falencias en el manejo de documentación clínica, falta de responsabilidad individual, lo que a juicio de la dirección del hospital generó confusión y caos. Se procedió entonces a designar en el cargo a otro profesional del servicio y además se modificó la dependencia de Salud Mental que por organigrama, en los hospitales de la magnitud del de Bariloche, dependen del departamento de Atención Médica; en este caso, por una disposición de la dirección del hospital se lo puso bajo la dependencia del Consejo Asesor Técnico Administrativo, lo que nosotros conocemos como CATA en el hospital, que en realidad es un órgano asesor de la dirección que no tiene ningún rol, papel, ni responsabilidad en la ejecución de nada.

O sea, fue una medida absolutamente anómala que no fue ratificada, en cuanto al cambio de dependencia, por el Consejo Provincial de Salud Pública.

Por otra parte, al ex-jefe de servicio, el que fue removido en mayo y a otros dos psicólogos más, se los destinó a cumplir tareas en un centro periférico, sin contacto con el servicio hospitalario. Esta situación obviamente generó un nuevo conflicto, una denuncia pública por parte de la Asociación de Profesionales del Hospital y una serie de acusaciones cruzadas entre un sector del servicio y la conducción del hospital que fundamentalmente -y esto es lo que a nosotros más nos preocupa- empezó a producir un deterioro serio en la asistencia del servicio a los pacientes porque indudablemente en cada conflicto institucional, los que están siempre en el medio por más que los protagonicen los profesionales o los agentes de salud, son los usuarios.

El Consejo de Salud Pública dispuso sobre mediados de este año una supervisión en terreno, es decir, le pedimos al Departamento de Salud Ambiental de la provincia que hiciera una inspección, una auditoría técnica, un control de lo que estaba pasando con el Servicio de Salud Mental, fundamentalmente en función de definir si se estaba cumplimentando o no las modalidades de trabajo que establece la ley 2.440 y cuál era la calidad de las prestaciones que se estaban otorgando. Para esto, el jefe del Departamento provincial se hizo presente en Bariloche, realizó una serie de entrevistas y elaboró un informe que indudablemente técnicamente es muy duro y describe un clima de alta conflictividad en cuya descripción abundamos en el informe escrito. Pero lo que quiero resaltar conceptualmente es que había un clima de enorme tensión en cuanto a lo que podría haber sido en todo caso una discusión filosófica o metodológica sobre concepción en la salud mental, se había convertido, de hecho, casi en confrontaciones personales, con alto grado de agresividad. La situación de tensión creada, lejos de resolverse, se fue incrementando; hay una serie de anécdotas que ilustran todo este agravamiento de la situación hasta que finalmente la jefa del servicio en ese momento, que había sido puesta por el director del hospital, renunció al cargo y el 2 de junio el Consejo, es decir, nosotros desde aquí, en acuerdo con el Consejo Local de Salud y con la Zona Sanitaria, decidimos designar como jefe del Servicio de Salud Mental de Bariloche a un profesional que se venía desempeñando en otra localidad de la provincia, concretamente en Choele Choel. El objeto de esta gestión normalizadora -digamos- era básicamente enmarcar el funcionamiento del Servicio dentro de lo que establece el ámbito y la metodología de trabajo de la ley 2.440. En un informe que nos hace llegar el 20 de julio, el doctor Reales, que es el nuevo jefe del Servicio, hace referencia a un clima de oposición muy marcado a su gestión por parte de la dirección del Hospital y por otros miembros de la conducción del hospital, situaciones puntuales en las que se lo desautorizó expresamente, el incumplimiento por parte de la dirección del hospital de decisiones tomadas por el Consejo Local de Salud, actitudes de boicot de algunos miembros del Servicio que pertenecían a la otra franja -digamos anti 2.440, por decirlo de alguna manera- y termina expresando "Por lo hasta aquí expuesto y a modo de conclusión se puede decir que la tarea de normalizar el funcionamiento del servicio de Salud Mental no se logrará fácilmente con el recurso humano existente mientras subsista el "como si" aunque se pretenda estar de acuerdo con la Ley 2.440, porque en la práctica

concreta se pone en evidencia lo contrario, y se pierde de vista el objetivo del trabajo, que es la persona con sufrimiento mental".

Existe además, como corolario de todo este conflicto particular de Salud Mental, una actuación administrativa caratulada "s/presuntas irregularidades Departamento de Salud Mental- Hospital Bariloche", expediente número 98261-S-96 que fue unificada a un expediente anterior referido al ex-jefe del Servicio y a las dos psicólogas éstas que fueron confinadas a los centros periféricos; ambos expedientes porque hacen referencia a la misma situación conflictiva dentro del servicio, fueron unificados. Están en instrucción, se han tomado las declaraciones y el 15 de julio de 1997 fueron requeridas por la Fiscalía de Investigaciones Administrativas y en este momento se está esperando que la Fiscalía lo devuelva para remitirlo a Junta, para que termine el trámite.

En definitiva, señor presidente, lo que estamos planteando es, en el hospital de Bariloche, una situación altamente conflictiva con diversos grupos o sectores de presión interna de esta institución, donde algunas -yo diría- naturales o saludables discrepancias sobre metodologías de trabajo, cuestiones operativas, se convierten en pujas internas muy, muy fuertes. Le doy como ejemplo, el hecho de las dos psicólogas que fueron prácticamente confinadas a no entrar al hospital, lo cual es una metodología que no es ni apoyada ni lo fue desde el nivel central del Consejo.

Todo esto se relaciona con cierto grado de desorden administrativo serio, que está reflejado en las auditorías que hemos reseñado y que termina finalmente con el cambio, tanto de las autoridades del servicio de salud mental como de la propia conducción del hospital local de salud y lo que esperamos es que sea un proceso de pronta normalización en la conducción porque estos conflictos, que en alguna circunstancia o en algunas localidades pueden parecer anecdóticos, en una institución de esta magnitud, por supuesto descontando la gravedad de los hechos ilegales que aparentemente se han descrito, estos conflictos toman una magnitud inusitada en instituciones grandes y que realizan este tipo de tareas.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Estamos considerando el punto 3, si hay alguna duda o interrogante...

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Nosotros le vamos a hacer las preguntas que hemos elaborado para este punto que era la situación general del hospital de San Carlos de Bariloche y la vamos a dividir en dos temas: Problemática general y específicamente el tema de salud mental que es un conflicto muy serio desde hace muchos años en San Carlos de Bariloche.

Con respecto a la primer parte que expuso el secretario de Estado, me gustaría, para que vaya elaborando la respuesta, cuál fue la actuación del primer nivel sanitario, o sea, la zona sanitaria y en qué momento elevó al Consejo de Salud las anomalías detectadas, que como dijo el señor secretario, aparecen desde el año 1992 y además si está interviniendo de oficio o por pedido de Salud Pública el Tribunal de Cuentas de la provincia.

En San Carlos de Bariloche como otros hospitales de nuestra provincia vive una situación bastante particular para los pacientes, que van a buscar una solución a sus problemas al hospital público. La gente desde hace un tiempo tiene que concurrir a las 4 de la mañana a solicitar turnos, particularmente en la zona de la cordillera sabemos que a las 4 de la mañana es un clima bastante intolerante y bueno, me gustaría que el doctor Vilosio me diga las consecuencias de por qué esto no pasaba hace un tiempo atrás y ahora está pasando con este sistema, que hace que la gente deba permanecer varias horas en el hospital en busca de su solución.

Hemos indagado con algunos datos estadísticos no directos porque no los tenemos dentro de la provincia a estos datos, que la población de San Carlos de Bariloche ha pasado a tener un crecimiento de la demanda en términos de la salud y que está siendo insatisfecha en este momento por el hospital público donde la mayoría de la gente, dada la situación general que vive la provincia, no puede concurrir a la atención privada. Caracterizamos a esta situación como que se ha precarizado la atención sanitaria en San Carlos de Bariloche, que como todos sabemos es la ciudad de mayor población de nuestra provincia.

En otro orden hemos observado por estadísticas...

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - La pregunta es, si el secretario piensa si se ha precarizado o no la situación?

SR. BARROS - Y por qué la gente tiene que hoy concurrir a las 4 de la mañana en busca de la atención médica.

Con respecto al sector pediatría hemos observado con estadísticas, la baja de consultas que existen en este hospital. De 15.900 que eran en el año 1995 pasaron a 8.600 consultas; quisiera conocer la opinión del doctor Vilosio porque esto también significa que estamos -como dije anteriormente- precarizando de alguna manera la atención a los niños; sabemos que existe una planta de pediatras, a partir de la renuncia de algunos de ellos que no se ha vuelto a concretar y queremos saber por qué en San Carlos de Bariloche y en otras localidades -si es que puede contestarlo- existe la falta de pediatras que era otra de las condiciones que teníamos en Maquinchao; en esta localidad tampoco tenemos médico pediatra.

El hospital de San Carlos de Bariloche tuvo en el año 1996 un total de 178.616 consultas médicas, lo que significa un promedio de 14.900 mensuales; lo que quiero que me responda el señor secretario en este punto es por qué no se ha concursado, no se ha llamado a concurso para residentes desde hace aproximadamente dos años? lo que haría que estos médicos se incorporaran a la planta del hospital, porque acá yo tengo un informe de hace un par de meses atrás, hablando de recursos humanos, que es dirigido al Consejo Local de Salud por parte del jefe de servicio que dice que en general hay falencias en la mayoría de los servicios, en algunos más acentuados que en otros, cuando se está refiriendo a recursos humanos, incluso hubo una amenaza de un jefe de servicio de cerrar Cirugía Programada, justamente por falta de recursos y de insumos, lo cual hubiera puesto en peligro grande a toda la población, por suerte no se ha llegado a esta situación hasta este momento.

Quiero que también explique algo que dijo en la introducción, por qué hay hoy un desgranamiento en el hospital de San Carlos de Bariloche de los médicos de mayor antigüedad y sobre todo médicos con especialidad, no existe en este momento en San Carlos de Bariloche médicos mayores de 50 años, donde en esta profesión, sobre todo la experiencia y el perfeccionamiento, son vitales para formar por un lado nuevos profesionales y por otro, para ejercer con solvencia y aptitud la atención de los seres humanos.

Después tenemos también otra pregunta para el señor ministro, el hospital de Comodoro Rivadavia es un hospital de 180 camas y tiene un presupuesto de 116.000 pesos por mes, el de Río Gallegos, tiene unas 200 camas y tiene 170.000 pesos de presupuesto, el de San Carlos de Bariloche tiene 160 camas y 58.000 pesos de presupuesto; esta es una pregunta interesante para que la responda el señor ministro, si con este presupuesto podemos tener excelente atención en San Carlos de Bariloche.

Además me gustaría que nos diga el secretario si se ha recurrido a la ayuda del gobierno nacional, que entiendo hay una buena relación y que debe existir, somos un país federal y debe existir buena relación entre nación y las provincias. Quiero aclarar esto porque me pareció que en una cuestión anterior se entendió que yo estaba diciendo lo contrario, no, al contrario, creo que la relación es buena y debe ser así.

Si se ha solicitado al gobierno nacional la ayuda de 11 becas, de las cuales 5 serían para San Carlos de Bariloche y si también se han requerido 10 profesionales para Salud Mental. Por ahora son estas las preguntas que tengo, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Voy a tratar de ser lo más concreto y breve posible.

Creo que no cabe ninguna duda que San Carlos de Bariloche es una ciudad importante y que el funcionamiento del hospital zonal en buenas condiciones es una cuestión fundamental porque en definitiva estamos ante una población especial en cuanto a su conformación social y a su relación con el turismo y en esto quiero ser muy concreto, los hospitales públicos, en función de cuestiones que no vienen al caso ponernos a discutir hoy, han estado sometidos a un grado de conflictividad bastante generalizado en todos los lugares de la provincia por los problemas que todos conocemos de los últimos años, pero me llama la atención porque en este hospital había además de esto un grado de conflictividad especial y no me queda ninguna duda -porque creo que lo debe saber hasta el último rionegrino- que el elemento fundamental de conflicto era el director del hospital, el doctor Colonna, entonces mi pregunta es, más allá de las irregularidades que están creo expresamente mencionadas y analizadas en el informe del doctor Vilosio, desde el punto de vista de la conducción política de la Salud Pública en la provincia cómo se permitió la permanencia de este director a cargo de uno de los hospitales más importantes de Río Negro. En términos concretos, por qué no se lo destituyó antes.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Respecto a las preguntas o a las inquietudes del legislador Barros, nosotros no abundamos en el informe en cómo es la relación entre el nivel central y un hospital de la provincia, sobre todo un hospital de los que nosotros llamamos grandes como es el caso de Bariloche, que ya se ha dicho es el de mayor planta de personal, no es el de mayor producción, -este es otro dato interesante- es el que mas estructura tiene pero no el que más produce históricamente y hay una serie de instancias políticas institucionales, algunas de las cuales se han desarrollado inclusive a partir de una ley que nosotros priorizamos en su aplicación y su implementación como es la ley número 2570; me refiero concretamente a que hoy no existe relación entre presidente del Consejo y director de hospital en los mismos términos que empleado y empleador sino que hay en el medio una nueva instancia que es el Consejo Local de Salud que en Bariloche está instituido y ha tenido una muy activa participación en todo este proceso. Yendo puntualmente a lo que el legislador preguntaba, respecto al rol, a qué hizo o a qué actitud tomó la zona sanitaria y retrotrayéndonos a que yo hacía referencia que en 1992 ya se habían detectado falencias, quiero decir que lo detectado en ese año es materia de una causa penal que se sustancia en un Juzgado -cuyo número no recuerdo- de Bariloche, un juicio de responsabilidad patrimonial en el cual tengo entendido ya hubo alguna sentencia que compromete a miembros de la conducción del hospital en ese momento, un expediente que está tramitado en la Fiscalía de Investigaciones Administrativas y las actuaciones a la espera de que esto de alguna manera se concluya en la Junta de Disciplina de la provincia;

hay personal del hospital que está separado de sus funciones desde hace casi tres años o más, a raíz de estas anomalías detectadas. Desde el Consejo de Salud Pública realizamos una auditoría al inicio de nuestra gestión, un control administrativo, del cual se desprendió una serie de recomendaciones, indicaciones muy precisas de cómo había que cambiar la cosa, tuvimos en el medio la actitud de la Zona Sanitaria en esto de manejarse con el Consejo Local de Salud y de explicar las divergencias y las cuestiones que no se estaban manejando adecuadamente. De esto hay registro de actas del Consejo Local de Salud que vamos a anexar a la documentación a entregar; el tema está en las actas del Consejo Provincial de Salud Pública pero -y esto de alguna manera nos enlaza con la pregunta del señor legislador Chironi- nosotros necesitamos en forma imprescindible, para remover a un director del hospital -no es imprescindible desde el punto de vista formal, pero sí lo es desde el punto de vista institucional- el consenso del Consejo Local de Salud, técnica y legalmente no es así pero en el manejo institucional y político es así, tan es así que en esta actitud que tomó el Consejo de Salud Pública de remover al director del hospital, el presidente de la Zona Sanitaria ha tenido que peregrinar -diría yo- por distintos ámbitos institucionales y sociales de Bariloche explicando el por qué de la medida y lo voy a decir con todas las letras, a uno de los ámbitos donde tuvo que ir a explicar esto fue en el propio obispado, porque esto fue visto desde algunos sectores de la comunidad como una actitud autoritaria, agresiva y malintencionada de nuestra parte, porque por otro lado el ex-director del hospital -como todos los seres humanos- hace cosas mal y hace cosas bien; algunas cosas había hecho bien y esto lo habían visto en la comunidad, de manera que éste fue un proceso para nosotros. Lo que hoy hemos hecho es una descripción en corte fotográfico, en fetas, lo cierto es que es un proceso que iniciamos, advirtiendo, hablando, teniendo reuniones, soportando enfrentamientos muy duros, muy frontales en algún momento, buscando cierto consenso comunitario porque en definitiva nosotros vamos a Bariloche y después volvemos a Viedma, pero el Lío que se arma queda allá. En este proceso nosotros nos hemos cuidado muy bien en todo este tiempo de transparentar absolutamente todas las situaciones conflictivas, darle curso a las instancias de investigación, tanto en un sentido como en otro, como por ejemplo en Salud Mental, donde estaban los que tenían una postura contra los que tenían otras; cuando había algún episodio poco claro, nosotros lo entregamos a Junta de Disciplina. Hoy no tenemos cajoneada, como se dice habitualmente, ningún tipo de tramitación sobre este conflicto y hemos ido avanzando en documentar y en buscar el consenso local respecto a la necesidad de este recambio. Sin embargo mucha gente ha quedado muy afectada, también dentro del hospital.

Me permito inferir por algunas preguntas del doctor Barros, que uno de los que ha quedado muy afectado es el ex-jefe de atención médica, que es la persona que ya públicamente ha tirado en algún momento los datos éstos de los hospitales de Comodoro Rivadavia, de Río Gallegos y de San Carlos de Bariloche, que era parte de la conducción hospitalaria cuestionada integralmente, que por supuesto ahora ha dejado su cargo y ha vuelto ser jefe de cirugía del hospital, es un excelente cirujano, ha sido como un padre para los que estuvimos en el hospital con él, nos ha orientado a

muchos, pero que en esto, en lo personal, creo que se ha equivocado.

Entonces concretamente, qué ha hecho la Zona Sanitaria?, la Zona Sanitaria prolijamente fue dando los pasos de intentar rectificar esta situación internamente en el hospital y de buscar el consenso para que esto se pudiera modificar sin llegar a esta situación, que en cualquier hospital es mala; el recambio de la conducción siempre genera una crisis, lo ideal es cambiar las conductas.

En segundo lugar, respecto a la pregunta del horario para pedir turnos, quiero decirle que el hospital a las cuatro de la mañana está cerrado; una de las contrataciones cuya sustancia, cuyo trámite está en observación por la Fiscalía es justamente la contratación de un servicio de vigilancia, cuyo principal objetivo ha sido mantener cerrados los ingresos al hospital porque no es infrecuente en ningún hospital de la provincia el tema de los robos; el hospital abre sus puertas al público a partir de las 7 de la mañana.

En el hospital de Bariloche además se está implementado un sistema de turnos adelantados, es decir existe la posibilidad de pedir turnos con anticipación. Ahora, si la pregunta es si el sistema de otorgar turno es ideal, yo le aseguro -sin haber ido a sacar turno a ese hospital- que no es lo ideal; éste es uno de los puntos más difíciles de ordenar en forma adecuada y no es por la mala o buena voluntad del gobernador o de sus funcionarios sino porque entre otras cosas a nosotros se nos hace muy difícil controlar; cuando lo controlamos, somos encañonados como que tomamos una actitud autoritaria, represora y demás y es nada más y nada menos que el cumplimiento de los horarios, señor presidente. El cumplimiento de los horarios en los hospitales y particularmente por los profesionales, es un tema de larga data, muy conocido para todos los que están en salud. Me atrevo a decirle al legislador Barros que no van a las cuatro de la mañana a pedir turno pero también, con la misma certeza, le digo que estoy seguro que los horarios de los turnos no se cumplen, como estoy seguro que la gente está concentrando sus demandas en horas tempranas en el consultorio externo y después termina atendiéndose por guardia porque lamentablemente toda la situación de la vida hospitalaria ha ido llevando a que en muchos sentidos nosotros estemos pagando muchas más horas de trabajo que las que efectivamente se cumplen. Esto es así; los horarios de los profesionales no se cumplen.

Como presidente del Consejo recibo en mi despacho los pedidos de sumario o de sanciones al personal de mantenimiento, de servicios generales, de mucamas porque llegan 10 ó 15 minutos tarde, porque faltan sin avisar, esto es lo cotidiano. Raramente algún hospital de la provincia informa estas mismas situaciones disciplinarias con relación al personal profesional. Qué hacemos nosotros para modificarlo?, hacemos lo que podemos hacer, que es establecer las normas, pedir y exigir que esto se controle, pero hasta ahí podemos llegar, en la medida en que no estamos físicamente en cada una de estas ventanillas, pero debo decir que lo de las cuatro de la mañana es materialmente imposible. Este tema es también el motivo de colas y de esperas para la atención ambulatoria programada.

El hospital de Bariloche comparte junto con otros hospitales de la provincia la característica que bastante más del 25 por ciento de sus consultas se evacúan por guardia, pese a que cuando se calculan las horas médicas disponibles, las horas médicas para consultorio alcanzan y sobran para algunas especialidades. Sin embargo, la gente va a la guardia porque tiene un problema de accesibilidad a los consultorios, que es una actividad programada.

Respecto a demanda insatisfecha, nosotros lo que tenemos sí es un aumento de la demanda; siempre que hay aumento de la demanda -esto es como el vaso de agua medio lleno o medio vacío- uno puede plantearla porque en realidad está ofreciendo más servicios o porque la gente se enferma más. Nosotros creemos que en el caso de Bariloche hay un aumento de las dos cosas; creemos que hay en Bariloche y en muchas localidades de la provincia, en este país y mucho peor -aunque no nos sirva como consuelo- en otras jurisdicciones nacionales una situación social muy delicada y en peoría. De esto no hay ninguna duda, de hecho esto es lo que nos ha permitido a nosotros desde la provincia poder focalizar, por ejemplo, las acciones del PROMIN en las áreas urbanas de General Roca y ahora también de Bariloche.

Pero también es cierto que en el caso específico de Bariloche, la actividad de los centros periféricos después de, por ejemplo un año como el 95 donde los centros periféricos de Bariloche llegaron a estar cuatro meses cerrados -cerrados con candado-, obviamente se ha generado una situación de demanda contenida muy importante que hizo eclosión en el 96.

Respecto al tema de pediatría hay una situación puntual conflictiva; esto es así, parte de esta situación puntual tiene que ver con el funcionamiento de la conducción hospitalaria. Una renuncia se extravió, nunca fue notificada a nivel central, por lo tanto no se pudo cubrir. En estos momentos hay seis pediatras en funciones, es un servicio que habitualmente se maneja con ocho; es real la caída de la consulta, no coincidimos exactamente con los números pero es cierto que ha caído la consulta, pero también es cierto que paralelamente con esto ha aumentado el número de consultas de medicina general en los centros periféricos. Y cuando hablamos de consultas de medicina general hablamos, en el caso de Bariloche, de funciones ejercidas en su mayor parte por ex-residentes de medicina general, gente formada, con un énfasis muy particular en la pediatría y que además sería muy deseable que nosotros pudiéramos achicar cabeza, más población con médicos generalistas.

Hago referencia también a lo de Maquinchao. En Maquinchao no hay pediatras porque por la complejidad del hospital, nosotros no tenemos especialistas en Maquinchao, tenemos médicos que cumplen la función de generalista, médico generalista.

Con respecto a concursos para residentes, hace muy poquito la Legislatura aprobó un proyecto que enviamos desde el Poder Ejecutivo modificando el régimen de la residencia, creando el sistema provincial de residencias médicas. Esta es una problemática muy larga y en esto voy a contradecir lo que creo es la intención del legislador Barros. Nosotros creemos que hay que formar residentes de medicina general pero no para que se queden en el área urbana de Bariloche o de Roca, que son los dos lugares donde se forman, sino para que presten el servicio en las áreas más alejadas, más inhóspitas donde necesitamos el mejor recurso humano, el recurso humano más formado, porque normalmente son equipos de trabajo muy reducidos y en ciertas localidades, aunque ya ahora prácticamente no sucede, en algún momento eran médicos únicos.

Entonces nosotros queremos residentes, para traer residentes hemos tenido que reformar el régimen de residencia porque el anterior sistema, el régimen pre-escalafonario y una confusa implementación de las normas legales para retener a los residentes cuando terminaban, hacía que los residentes egresaran y se quedaran en las localidades donde se formaban. Yo tengo muchos ex-residentes en Bariloche, en Roca pero seguimos sin contar con este recurso humano, calificado en lugares, como por ejemplo, Maquinchao u otras localidades de la línea sur, el Cuy o lugares donde siempre es más difícil conseguir el recurso humano.

Por ese motivo, porque estábamos reestructurando el esquema de la residencia nuestra, no se llamó a concurso, con la ley aprobada del sistema provincial de residencias médicas que nosotros creemos nos da la flexibilidad necesaria para poder implementarlo, la residencia en medicina general de la provincia va a continuar sin ninguna duda, pero va a continuar con este objetivo: Proveer prioritariamente los médicos calificados para los lugares más distantes, más pequeños, más marginados, marginados en término de geografía y de relación con las localidades grandes.

En cuanto a la falta de insumos y a la amenaza, en algún momento se planteó sí, de la suspensión de las cirugías programadas, yo creo que hay que poner esto en el contexto del conflicto con la conducción hospitalaria, el jefe de cirugía era en ese momento el jefe de atención médica, absolutamente involucrado en este conflicto con el nivel central y los médicos, es doloroso decirlo, señor presidente, tenemos una herramienta de presión que utilizamos algunas veces, que es la importancia del servicio que prestamos. Nosotros no tenemos ni registros ni hechos firmes, concretos o situaciones concretas que indiquen que el servicio de cirugía o de quirófano, mejor dicho, en el hospital de Bariloche, no se haya podido prestar por falta de insumos en ningún momento. Sabemos y esto lo he dicho hace pocos minutos, que había un esquema de adquisición de insumos incorrecto, equivocado, anómalo, caro, pero no que no hayan tenido los insumos requeridos, es más, en nuestra opinión seguramente los tenían y muy caros, esto nos preocupa mucho.

Respecto al desgranamiento de los médicos antiguos yo le diría que este es un hecho del mercado laboral, en la medida en que los médicos tienen, sobre todo en localidades como Bariloche o el Alto Valle, oportunidades de trabajo en el sector privado más importantes, los médicos habitualmente hacen pie en el hospital para venir a la provincia, se van desarrollando como profesionales, van aprendiendo, se van haciendo conocer por la gente y con el transcurrir de los años se van. Sin embargo quiero resaltar que en el hospital de Bariloche hoy cuatro jefes de servicio, jefe de cirugía, la jefa de clínica médica, la jefa de la guardia central y si no me equivoco... acá tengo otro papelito, la jefa de pediatría, la doctora Bonfiglioni..., le doy los nombres: La jefa de guardia, doctora Marta Olivera, el jefe de cirugía, el doctor Odreozola, la doctora Susana Rodríguez, jefa de clínica médica y la doctora Bonfiglioni, la jefa de pediatría; tienen todos entre, por lo menos, quince o veinte años de antigüedad en Salud Pública. No me atrevería a decir que la doctora Bonfiglioni y la doctora Rodríguez tienen más de cincuenta años porque no me lo perdonarían, pero estoy seguro que el doctor Odreozola sí y la doctora Olivera también. No quiero menospreciar el problema del desgranamiento de los médicos de mayor edad porque es real pero tampoco es que son todos pichoncitos recién recibidos, justamente los más experimentados son jefes de cuatro servicios muy, muy importantes y en tocoginecología sí tenemos gente muy joven, como jefes digo, no?.

Respecto a los hospitales, esta comparación con los de Comodoro Rivadavia, Río Gallegos y San Carlos de Bariloche, creo, señor presidente, que hay que restarle absoluto peso, salvo que lo hagamos sobre la discusión en punto por punto de cuánto producen, cuánto gastan y qué piensan las autoridades de Salud de estas provincias respecto a la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios. No se puede comparar un hospital versus otro por el tamaño de cama y cuánto gasta, porque yo, por ejemplo, podría decir que el hospital de Bariloche, hospital de derivación de la IV Zona Sanitaria donde, entre otras cosas, es la única terapia intensiva del sector público, tiene un gasto muy alto o muy bajo y Comodoro Rivadavia deriva a Río Gallegos. Digamos, acá hay que analizar redes de servicio, esta es una pregunta o un planteo que en su momento hizo el jefe de cirugía cuando él se sintió afectado al ser desplazado de la jefatura, fue tomado por los medios de prensa, yo diría -si me permite la palabra- fue planteado casi como una chicana por parte del jefe de cirugía pero es una comparación muy muy liviana y superficial. Acá hay que analizar la producción, la calidad, la cobertura y habría que hablar entonces con las autoridades de Salud de las provincias, en este caso, para ver qué evaluación hacen de la eficiencia de sus servicios. Yo me adelantaría a decir que no es novedad decir que el problema de los costos y el financiamiento en la salud no en Río Negro, en el mundo, desde Bill Clinton para abajo, en todos es el problema del ahora, es el problema del día a la hora de evaluar los servicios. Respecto a la ayuda nacional, nosotros recibimos en el hospital de Bariloche una ayuda nacional muy específica, en su momento lo compartimos aquí con la Cámara, que fue en oportunidad del Hantavirus, se nos donó un respirador y después, lo que se preguntaba con respecto a 11 becas para Bariloche, no, lo que nosotros hemos gestionado ante Nación porque se nos ofreció esa posibilidad de hacerse cargo Nación de las becas para la residencia de medicina general y de salud mental que la provincia tiene. Esta es la tramitación que está en marcha, las habíamos pedido para 1997 pero no nos fueron otorgadas ni para salud mental ni para medicina general y el pedido siempre lo tenemos hecho porque nos podemos ahorrar el costo de las becas bienvenido sea, nos lo vamos a ahorrar. Respecto a 10 profesionales para salud mental en Bariloche no están pedidos 10 profesionales, hay un requerimiento de fortalecer el grupo de profesionales del servicio que estimamos hay que atenderlo, hoy tenemos en vías de designación un profesional psicólogo y un egresado de la residencia interdisciplinaria de salud mental que van a ingresar y tenemos intención de incorporar a más profesionales, pero en este caso que es el de incorporar profesionales en salud mental hay que considerar que a diferencia de un servicio clínico donde uno ingresa, un cirujano, un pediatra o un tocoginecólogo en base a su currículum en salud mental se requiere además que sea un profesional con la formación y que esté filosóficamente consustanciado con la forma de trabajar en Salud Mental en la provincia de Río Negro. Aparte de este tema hicimos referencia anteriormente, aquí se trabaja distinto que en otros lugares y esto a veces complica un poco la posibilidad de designar.

Respecto a la pregunta del legislador Chironi quiero decirle que los tiempos... o por qué no se hizo antes, en

cuanto a la remoción de la conducción tiene que ver con la cantidad de instancias sociales y comunitarias de Bariloche en la cual nosotros buscamos generar una convicción de esta necesidad y el consenso necesario para evitar un conflicto, para disminuir o para enfriar un conflicto que en definitiva más que afectarnos institucionalmente a nosotros, afecta necesariamente el funcionamiento del propio hospital.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Bien. Realmente me parece que es una situación, la que termina de decir Vilosio, que habría que terminar de aclarar. Es decir, en primer lugar, yo no quiero verme emparentado ni promoviendo posturas que puedan significar tener un corte autoritario en la destitución o no de un director de un hospital, más allá de pensar que el doctor Colonna debería haber quedado internado en el hospital de Bariloche, el doctor Vilosio está planteando políticas de participación, de consenso, de participación del Consejo Local de Salud en la decisión evidentemente de destituir al director de un hospital.

Mi pregunta es por qué las mismas políticas de consenso, de participación, no se toman antes de realizar este tipo de designaciones y que sería, nada más y nada menos que cumplir con lo que establece la ley; este es un tema que ya lo he charlado personalmente en alguna oportunidad con el doctor Vilosio, que tiene que ver con la normalización de las conducciones hospitalarias, tanto del director como de la jefatura de servicio, que serían los elementos que antes de entrar en zona de conflicto le darían legitimidad a las conducciones y no encontramos con este tipo de problemas, porque en definitiva la designación hoy de los directores de hospitales resultan en este sentido unilaterales.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Con respecto a la primer pregunta que respondió el doctor Vilosio, quiero reafirmar que la gente concurre al hospital a las 4 de la mañana a buscar turno y que es verdad que el hospital abre a las 7 y 30, entonces ya éste es un tema de derechos humanos, es decir, dejamos a la gente en la puerta de calle, a la intemperie o cobijados ahí, en la galería, hasta que el hospital abre a las 7 y media de la mañana.

En cuanto al tema de Maquinchao, el doctor coincidió conmigo cuando dije que no había médicos calificados, él reconoce que a partir de esta nueva ley los residentes formados, capacitados, idóneos, van a ir a zonas rurales y estoy de acuerdo con lo que dijo el legislador Chironi, -que es una cuestión que tenía para tratar en un tema posterior- que deberían normalizarse nuevamente los concursos para el acceso a los cargos de directores y de jefaturas privilegiando la capacidad, la idoneidad, su currículum, también la oposición y además la filosofía que encarna el Consejo de Salud Pública porque creo que también debe homogeneizarse la filosofía de trabajo en Salud Pública para que obtengamos por lo menos un camino más cerca de la excelencia.

Este es un tema que también desde nuestra bancada le reclamamos al Consejo porque viendo esto de San Carlos de Bariloche, cuando uno analiza otros casos y también cuando se han privilegiado otras cuestiones y no las que dije anteriormente para un llamado a concurso, se lesiona la relación interpersonal entre los trabajadores de salud, lo cual es importante para que el paciente sea bien atendido, que sea buena la relación entre los distintos integrantes de los equipos de salud y en este momento, en casi todos los hospitales de la provincia, esta es una de las temáticas principales, el tema de las relaciones interpersonales de los trabajadores. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandria.

SR. SARANDRIA - Solamente una reflexión para continuar. Yo creo que lo que acaba de decir el legislador Barros es muy loable y evidentemente pone sobre el tapete grandes discusiones que quizá deberíamos dar en algún momento en este recinto y fuera de él, las circunstancias políticas de interpelación, sobre para qué están nuestras instituciones, qué sentido tiene que la provincia tenga hospitales, si el sentido es dar trabajo a los que trabajan en el hospital o el sentido es atender a la gente que acude al mismo. Creo que planteamos esta gran disyuntiva, de qué lado está cada uno, va a impedir un montón de contradicciones ideologizadas en las cuales caemos muy a menudo, como por ejemplo, negarnos a votar, o negarse algún sector de esta Cámara a votar las leyes que reforman los mecanismos de contratación, que permitirían poner condiciones para que la gente no concurra a las 4, 5 ó 6 de la mañana para después ser atendida por el médico a las 10 y por el otro lado estar hablando de los derechos de estas personas.

Creo que muchas de las cosas que dice el legislador Barros van a ser muy difíciles de contestar desde el ámbito exclusivamente de la salud, porque tienen que ver con los mecanismos de contratación de personal que el Estado ha tenido y todavía sigue teniendo. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Quería preguntarle al doctor Vilosio lo siguiente: Cuando él se hizo cargo de Salud Pública mencionó que había tenido particular atención la situación del hospital de Bariloche y había realizado una auditoría de tipo técnica, política, administrativa, cuál fue el resultado de esa auditoría?, en base a eso por qué no tomó medidas?, y qué papel juega en todo esto del hospital de Bariloche el jefe de la zona sanitaria que aparece ausente en todos los conflictos y aparentemente sin ningún tipo de autoridad, con lo cual yo creo -y ahora me voy a tomar la facultad de dar un consejo- que el primer responsable de toda esta anarquía que describió el doctor Vilosio que existe en el hospital de Bariloche es el jefe de la zona sanitaria, que supongo debe tener residencia en el mismo hospital o cerca, en algún lugar dentro de Bariloche y no en una localidad lejana a la misma, por lo que entiendo que los conflictos que se ocasionaron allí deberían haber sido parados mucho antes de que se produjeran semejantes acontecimientos explosivos que tuvieron estado público y que lesionan hoy la prestación de salud en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - En primer lugar para agregar algo respecto al tema del aumento de la demanda pediátrica, los números que tiene el Consejo son los siguientes: En el año 1994, 15.276 consultas pediátricas; en el año 1995, 7.808 y en el año 1996, 14.341; es decir, lo que acá tenemos es el bache del '95 donde, -como ya dije- producto de la lucha gremial y política o de conflicto institucional o social, gran parte de los centros periféricos e inclusive gran parte de la actividad programada ambulatoria del hospital estuvo prácticamente paralizada durante semanas y meses de manera que esta diferencia entre 7.800 y 14.000 del '95 al '96, es retomar los niveles de atención habituales en el '94 y todavía por debajo; esto para evaluar el tema del aumento de la demanda.

En cuanto al planteo de que haya gente en la puerta del hospital a las cuatro de la mañana, conociendo el nivel de reclamo que tiene la comunidad de Bariloche, donde por cuestiones de una entidad de muchísima menor gravedad nosotros somos tapa de los diarios y hemos tenido que ir en más de una oportunidad a dar respuestas, mantener reuniones y demás, pienso que si esto estuviera pasando con cierta habitualidad, esta situación nos hubiera llegado muy fuertemente antes de ahora, pero supongo que el legislador Barros lo ha visto, confío en lo que él ha corroborado, pero a nosotros no nos consta que sea así.

Respecto a la calificación de los médicos de Maquinchao, insisto, yo no quisiera entrar en un juego de palabras porque creo que todavía no tengo la esgrima -y no voy a llegar a tenerla- del legislador, reitero lo que ya dije, no

nos consta un problema de mala calidad ni de formación de los médicos de Maquinchao, sí es voluntad expresa de que los residentes de medicina general que egresen del sistema provincial vayan a cumplir tareas a las zonas más marginadas desde el punto de vista geográfico y doy como ejemplo Maquinchao y tantas otras localidades. Respecto al consenso previo para la designación del director que planteaba el legislado Chironi, éste es un tema complejo; particularmente en Bariloche, cuando nosotros iniciamos la gestión, el anterior director justamente era el que estaba y está todavía procesado en los términos que yo referí con una causa penal, con un juicio de responsabilidad, con el tema en la Fiscalía de Investigaciones y demás.

Debo ser franco en esto, nosotros buscamos figuras de consenso dentro de la organización; tenga presente, señor presidente, que yo he sido médico en ese hospital durante muchos años de manera que, aunque quizá no corresponda a la función que cumpla, tengo cierto nivel de diálogo distinto con muchos de los protagonistas de esta vida hospitalaria. Hay algunos que hoy mismo siguen teniendo este protagonismo y nos planteaban que buscáramos un director afuera, que era imposible que esta conducción surgiera dentro del hospital. Esto no es infrecuente en los hospitales en situaciones de crisis. Así llegamos a la posibilidad de incorporar al doctor Colonna a la conducción del hospital, sobre un acuerdo establecido con él y con algunos de los que después serían sus colaboradores cercanos, que eran jefes de servicio, inclusive respecto a cuál iba a ser el programa de trabajo y cómo se iba a avanzar en esto. Estas expectativas, como es obvio, no se cumplieron.

Ahora, respecto a la temática general de las designaciones de las conducciones hospitalarias, si bien nosotros no ignoramos que hay toda una discusión y que hay experiencias a favor y en contra de las designaciones por concurso, tenemos una postura firme en el sentido de que queremos concursar y cuando digo queremos, digo no lo hemos podido hacer porque hay normas de carácter general que tienen validez en toda la provincia y que nos incluye a nosotros, que han congelado todo tipo de concursos en los últimos años. Además de esto, que es general para toda la provincia, hay otro componente que es particular para Salud y es que en los términos de las actuales leyes 1844 y 1904 podrían concursar aquellos que estuvieran en planta y en Salud, por las características de mucha rotación de personal, tenemos casi la cuarta parte de nuestra planta -si no más- en carácter de personal interino, designación interina que son estos mil y pico de agentes que en estos días están rindiendo su pase a planta, de manera que si hubiéramos concursado estaríamos excluyendo por lo menos a uno de cada cuatro y en el caso de los profesionales más, porque el personal nuevo es fundamentalmente profesional y técnico y lo estaríamos excluyendo de la posibilidad de concursar jefaturas, con el agravante de que además muchos de ellos llevan como interinos 3, 4, 5, 6 y hasta 7 años, ya que serían personas perfectamente aptas para concursar. En resumen, compartimos la idea de que hay que concursar; era imprescindible hacer el pase a planta primero, es imprescindible que las normas provinciales nos lo permitan y en ese sentido nosotros lo hemos planteado en el gabinete provincial y no sólo esto sino que además compartimos plenamente el espíritu de la ley de la Función Pública cuando establece que hasta el rango de director en la estructura central, lo que hoy se conoce como estructura política, deben ser cargos concursados y a estos también los queremos concursar. Hemos hecho una presentación formal al Consejo de la Función en el sentido de que queremos que Salud sea el primer organismo de la provincia que dé este paso, porque el nuestro es un organismo muy político en cuanto a la trascendencia de lo que hace pero que requiere un sustrato técnico muy, muy importante y la mejor manera de garantizarlo -nos parece- es la del concurso de oposición y antecedentes.

Respecto a lo que planteaba el legislador Larreguy en relación al rol del presidente de la zona sanitaria, yo diría que al presidente de la IV Zona Sanitaria le ha tocado ser uno de los miembros del Consejo Provincial de Salud Pública con más protagonismo público desde la crisis del Hantavirus en

adelante y digamos, una vez que pasamos el verano y el tema Hanta salió de los titulares, él continuó estando en boca de todo el mundo en función de este conflicto con el hospital; ha sido y es un funcionario político que a juicio nuestro ha tomado las riendas de esta situación en el marco de lo que su rol como presidente de zona le permite y digo lo que su rol le permite porque vuelvo a la idea de que nosotros trabajamos con estructuras locales, participativas, multipluripartidarias, discúlpenme, no multi, pluripartidarias. Cuando nosotros nos sentamos con el Consejo Local de Salud lo hacemos con concejales del Frente para el Cambio de Bariloche -que lo integran-, con funcionarios de la municipalidad, con representantes de los trabajadores, que en el caso de Bariloche además -políticamente digamos- hay una postura distinta a la del gobierno provincial. Estos son ámbitos de discusión y de debate donde el presidente de zona hizo absolutamente lo que tenía que hacer, es decir, tomó la postura, dio el debate, la pelea, intentó rectificar la situación en la medida de lo posible para evitar llegar a este punto y esto finalmente se hizo insostenible.

También debo decir que si en esta crisis del hospital de Bariloche hay una responsabilidad desde lo político, no es del presidente de zona sino del presidente del Consejo, para eso soy el presidente del Consejo.

De ninguna manera, en ningún punto de este conflicto ni de cualquier otro de los que acá me toca dar respuesta o antes de hoy, nosotros vamos a eludir nuestra responsabilidad en relación al cuerpo político que integra el Consejo, pero le reitero -y este es un punto que quiero dejar bien explicitado- el rol del jefe de la IV Zona Sanitaria en esto ha estado absolutamente a la altura de las circunstancias en el manejo de una situación muy complicada desde el punto de vista político, pero digo político no como lo político partidario sino como lo político institucional.

Refiriéndome a la pregunta de las actuaciones, con respecto a lo que hicimos al inicio de 1996, debo decir que todo eso fue solicitado y agregado a la causa que está en trámite a través de Fiscalía de Investigaciones y Tribunal de Cuentas. La propia gente de Fiscalía nos lo había pedido como para tener un chequeo de cómo venían las cosas; los resultados en ese momento fueron de correcciones parciales a la situación, no se había hecho en el hospital de Bariloche lo que en su momento se indicó que se hiciera, me refiero al año 1995, se habían hecho algunas cosas, con el resultado de esta auditoría se le planteó formalmente a la conducción del hospital las rectificaciones que debía imponer y esta fue una de las cosas que no se cumplieron obviamente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Es con respecto a la segunda parte sobre el tema de salud mental y en honor a la hora vamos a tratar de resumirlas.

Sabemos que tenemos una ley en la provincia de Río Negro, la 2440; en lo personal concuerdo con la filosofía de la que habla la ley pero en algunas localidades como en San Carlos de Bariloche aparentemente no ha funcionado hasta ahora como debía. Entonces una pregunta es: En manos de quién estaba la salud mental en San Carlos de Bariloche? Dentro de la implementación de la ley se habla de una casa de medio camino, es decir, un lugar donde se recuperarían a los sufrientes mentales, lo que quiero preguntar es si existe o no esta casa de medio camino en San Carlos de Bariloche?. Y la tercera es si usted tiene los resultados de la ley, es decir, cuántas personas que han estado en tratamiento -y digo tratamiento porque realmente no se si es la palabra adecuada- se han reincorporado nuevamente a la vida normal de San Carlos de Bariloche. Es decir si tienen salida laboral, si han sido restituidos a sus hogares y si tienen una vida común.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Creo, señor presidente, que en esto coincidimos con el legislador Barros en el sentido de apreciar que en el ámbito del servicio de salud mental de Bariloche no se estaban cumpliendo ni llevando adelante algunas premisas básicas de la ley y que este proceso fue el que motivó, por parte del Consejo de Salud Pública, el relevo de la conducción del servicio. El legislador preguntaba en manos de quién estaba la salud mental de Bariloche, yo puedo responder en manos de quién estaba el servicio de salud mental y esto lo digo sin ironía porque... acá hay un tema central de la ley y quizá me

adelanto un poco al punto específico de la ley de Salud Mental, pero nosotros creemos -y esta es una línea central de nuestro pensamiento al respecto- de que la ley que apunta fundamentalmente a un cambio cultural en la concepción del paciente o del sufriente como lo denomina la ley, implica el compromiso de muchos sectores de la comunidad no sólo del sector público de salud, implica a sectores privados de salud pero implica también a la justicia, a los municipios, a organizaciones no gubernamentales y en este sentido hay una vasta experiencia en la provincia cómo desde los equipos de salud mental en muchas localidades y en otras desde las propias organizaciones de usuarios u otro tipo de organizaciones no gubernamentales, han ido sumando esfuerzos y se han ido concretando logros tales como empresas sociales, las casas de medio camino, los hostales, alternativas terapéuticas de las cuales habla la ley, sin embargo este proceso en Bariloche no pudo cuajar a lo largo de los años.

Nosotros creemos que existe y éste es un tema que queremos traer al debate, existe la necesidad de retomar, de reverdecer este debate sobre el objetivo de la salud mental y buscar implicar a los demás sectores de la vida social, institucional y política, que tienen mucho para decir, me refiero fundamentalmente a la Justicia que tiene una íntima y directa relación con el funcionamiento de los servicios y me refiero también a los municipios como entidades representativas del pueblo de cada localidad -reitero- en cuanto al rol de las organizaciones no gubernamentales. Entonces, en manos de quién estaba el servicio de salud mental?, si estaba en manos de una persona, de un profesional, este año obviamente, como ya lo dije, no coincidía con los postulados filosóficos ni operativos de la ley 2.440. Nosotros, cuando asume esta profesional y mandamos la auditoría técnica del Departamento de Salud Mental, le imponemos al director del hospital de una serie de requisitos. objetivos y funciones que el servicio de Salud Mental debe cumplir, eso está en nota y lo podemos acercar por secretaría diciendo, bueno, éste es el programa que el servicio de Salud Mental debe cumplir, éstas son las estrategias que debe implementar, que es lo que dice la ley pero puesto en una nota personal desde la presidencia del Consejo. Esto no se cumplió y terminó en el relevo de la conducción. Quién está hoy a cargo del servicio?, está una persona comprometida con este esquema de aplicación de la ley 2.440 que está implementando distintos medios para poder llevar adelante logros postergados, en Bariloche puntualmente, porque en otros lugares de la provincia se pudo avanzar. En este marco se plantea la cuestión de la casa de medio camino, la casa originalmente existió y digo existió sobre fines del 95, que por una cuestión conflictiva de aquel entonces iba destinada a este uso específico y se la utilizó como alojamiento de médicos residentes, la casa se perdió durante un largo tiempo porque no hubo interés del hospital zonal de retomar el tema y en este momento estamos recuperándola, digo recuperando porque precisamente hemos recuperado la mitad de la casa, la otra mitad está ocupada por personal del hospital que se niega a abandonarla, pero además está avanzado, está hecho el expediente ya para el trámite de alquiler de una vivienda para destinarla a este fin porque creemos que entre las cuestiones que urgen más resolver en Bariloche, es justamente el de la institución de la casa medio camino y en segundo lugar el desarrollo concreto de las empresas sociales, que son un eje sustancial en la estrategia de salud mental.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS -Supongo que habré formulado mal la pregunta cuando me refería a en manos de quién estaba la salud mental, la voy a tratar de reformular y la voy a hacer directa. Los psicólogos administraban los psicofármacos en el hospital de San Carlos de Bariloche?.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Sí, me quedó una colita del punto anterior que no me termina de convencer, así que la dejo planteada y se refiere a cuántos años tiene la ley que establece que las

direcciones de los hospitales deberían ser concursadas. En relación al ex-director del hospital de Bariloche, la pregunta es si se lo ha investigado en cuanto a responsabilidades en el incumplimiento de la ley 2.440 y qué resultados hubo en ese sentido.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Respecto a la pregunta concreta, si los psicólogos administraban psicofármacos, existe una denuncia en toda esta larga historia del conflicto barilocheño en salud mental a este respecto. Esto está en manos de la Justicia; la postura nuestra y esto en realidad no es una postura, es reiterar lo que la ley establece, ningún profesional no médico puede prescribir ni psicofármacos ni ningún otro tipo de medicamento pero mucho peor es si se trata de psicofármacos. La actuación está en la Justicia porque en su momento la dirección del hospital hizo la denuncia. Esto se está investigando, no tenemos noticias de que haya habido una resolución, que se haya resuelto este tema, pero el Consejo en esto fue absolutamente terminante y el Departamento de Salud Mental de la provincia también fue absolutamente terminante en esta cuestión.

No hay profesional por fuera del médico autorizado a prescribir psicofármacos; si alguien lo hizo en algún momento es pasible de ser sancionado, no ya por una cuestión disciplinaria sino por la ley del ejercicio profesional que lo prohíbe; en este sentido el Consejo ni apoya, ni estimula, ni respalda ninguna iniciativa que tienda a cambiar este "statu quo".

Respecto a si el director está investigado por el tema de la ley 2440, sí, ya hice referencia a un sumario administrativo, aunque en realidad se han unificado dos sumarios, uno se inició a pedido del director contra el ex-jefe y otro se originó investigando al director a partir de denuncias que provenían del servicio; el tema central es el de las irregularidades en el departamento de Salud Mental, -le llaman departamento pero es una división- está en trámite y recientemente se han tomado las indagatorias cuando la Junta de Disciplina se constituyó en Bariloche.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay interrogantes o más consultas vamos a pasar al tratamiento del tema número 4 de 14 temas que integran el Orden del Día: Acciones emprendidas por Salud Pública con la aparición del virus Hanta Andes en la zona andina. Equipamiento sanitario.

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Yo comprometo de mi parte lo necesario para que esto sea más breve pero al mismo tiempo no quiero dejar de señalar algunas cosas que pueden ser relevantes.

Vamos a pasar revista un poco a la situación actual del tema de Hantavirus, cuyo brote ocurriera entre septiembre y diciembre de 1996 en la zona andina. Fíjense que en América hay algo más de 300 casos registrados; en realidad esta información ya está desactualizada porque sabemos que hay más, incluyendo Jujuy recientemente, que era una provincia aparentemente virgen de la enfermedad y además es de conocimiento público la situación planteada en Chile. Ahora está documentada la presencia de la enfermedad por el virus Hanta en cinco países, concretamente en América, con Estados Unidos, Argentina, Chile, Uruguay y Brasil, lo cual habla de una enfermedad en expansión donde el número de casos sigue siendo bajo. Ya el año pasado había señalado en oportunidad del otro informe en relación con la población total bajo riesgo, que la posibilidad de contraer la enfermedad es aún minúsculo.

Chile presentó una situación epidemiológica similar a la ocurrida en Estados Unidos en el '93 y en El Bolsón en el '96, es decir, están padeciendo varios casos en un breve período de tiempo, con alto índice de letalidad, con gran cantidad de muertos y con una situación de pánico social muy marcada. Esto nos trae a la memoria lo que nosotros vivimos el año pasado y que esperamos no vivir en éste. En razón de ello, la Organización Panamericana de la Salud realizó en Chile un Seminario Internacional de Hantavirus; el Consejo Provincial de Salud Pública fue invitado para demostrar su experiencia y transmitir lo que habíamos recogido con nuestro trabajo, por ejemplo la identificación del reservorio en el famoso *Oligoryzomys longicaudatus*, el "colilargo", señalando que otros reservorios distintos de éste son los que ya se han identificado en Salta y en Buenos Aires.

Conocemos ahora que pueden encontrarse en áreas urbanas y periurbanas de El Bolsón y de San Carlos de Bariloche, pero en una muy baja densidad y con bajos porcentajes de infección por Hantavirus, es decir, de un 3 por ciento de capturas, un 5 por ciento de los capturados fueron positivos para Hantavirus. Conocemos también ahora su dinámica poblacional a lo largo del año porque hemos seguido haciendo capturas en todo el '97 y hoy tenemos registros estacionales de las capturas.

Fueron colocadas más de 11 mil trampas entre 1995 y 1997 en un esfuerzo compartido entre la Dirección de Salud Ambiental, el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino y el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos. Los estudios van a continuar y tiene como objetivo identificar la dispersión de los reservorios de oeste a este y de identificar otros reservorios además del "colilargo".

Los estudios de biología molecular que se están haciendo, además nos tienen que permitir identificar fehacientemente los lugares y las condiciones en que se produce la transmisión al hombre, que es muy importante porque hoy conocemos, gracias al estudio que se ha desarrollado desde el punto epidemiológico y biológico sobre los casos de El Bolsón fundamentalmente y de Bariloche, que fueron realizados por la gente del Malbrán, la de Salud Pública, del Consejo de Salud Pública y del Instituto Nacional de Epidemiología, que existe la posibilidad de transmisión persona a persona. Esto me recuerda cuando el año pasado, enfáticamente en este mismo lugar decía que el conocimiento científico disponible en ese momento rechazaba esta posibilidad pero bueno, el conocimiento científico ha cambiado y ha cambiado lamentablemente a expensas de la experiencia argentina en la zona cordillerana de Río Negro y Chubut.

Las formas de contagio en estos casos son aún desconocidas, pero los estudios epidemiológicos indican que el mayor riesgo es por contacto con fluidos de enfermos de Hantavirus. Sabemos que deben extremarse las medidas de bioseguridad y de aislamiento de pacientes para evitar cadenas de contagio y debe resaltarse que hasta diciembre de 1996, todos los centros científicos del mundo negaban esta posibilidad, pero queda claro que siempre un brote se produce a partir de un primer caso que enferma por contacto con orina o materia fecal de un roedor infectado, por ello, la principal defensa sigue siendo evitar el ingreso de roedores a los domicilios y establecer medidas de protección al ingresar a cabañas abandonadas, galpones o depósitos.

Los casos ocurridos en El Bolsón con afectación de grupos familiares como son ahora en Chile, indican que el riesgo para turistas es prácticamente nulo, por lo que no debería afectar el flujo turístico, sin embargo, países limítrofes a Chile han instrumentado barreras sanitarias y es un conflicto que actualmente tiene ese país en su frontera norte.

Es importante señalar que en el presente año, por ejemplo, no hemos tenido casos de Hantavirus hasta la fecha en la región andina de la provincia pero sí ha habido en la provincia de Buenos Aires, incluyendo el Gran Buenos Aires, Mar del Plata y como decíamos recién, en el propio Jujuy, además de los habituales y numerosos casos en Salta.

Adquirir la enfermedad a través de alimentos sigue siendo una hipótesis nula, en tanto se sabe que el virus muere al sol y además es inactivado por las enzimas de la saliva y por los jugos gástricos.

No hemos tenido casos este año pero sabemos que el virus Andes está activo en la región y entendemos por región también lo que pasa en la vecina provincia de Chubut y al otro lado de la frontera con Chile. La primavera es el momento de mayor riesgo, pues los roedores silvestres comienzan a

multiplicarse y a acercarse a las viviendas en busca de alimentos. Qué cosas estamos haciendo desde el Consejo Provincial de Salud Pública?, en primer lugar se ha procedido a la adquisición de los equipamientos de bioseguridad, tanto para uso hospitalario como para uso de los equipos de campo que son los que hacen las capturas; esto incluye las máscaras descartables con filtros normas hepa, equipos de protección respiratoria a presión positiva importados de Estados Unidos y que ya obran en poder de la Dirección de Salud Ambiental adquiridos desde el Consejo de Salud Pública.

Debo decir, señor presidente, que nuestro equipo de Salud Ambiental, con estas adquisiciones y con algunas más que después vamos a enumerar, se ha convertido en el primer equipo nacional en condiciones de realizar las tareas de campo en forma autónoma, sin asistencia operativa externa y que además ha sido requerido en diversas oportunidades para explicar esta experiencia en otras provincias, tal como fue en su momento en Neuquén, Chubut, también en Chile, e inclusive en el noreste.

Hemos elaborado -mejor dicho reelaborado- las normas de atención médica y del control de foco, que fueron aprobadas mediante Resolución 731/97 y digo reelaborado porque a partir de la posibilidad descripta en la literatura de contagio persona a persona hemos implementado un esquema distinto de bioseguridad que apunta fundamentalmente al aislamiento respiratorio y a la protección de los trabajadores de salud, que epidemiológicamente son los que han tenido mayor riesgo durante todo el brote del '96.

Con relación a lo que decía antes, sobre la investigación de reservorios, Río Negro es la única provincia argentina en condiciones de efectuar operativos de captura y procesado de roedores vivos, al contarse con personal entrenado y con la totalidad del equipo de campo necesario.

Se realizó en la zona andina la desratización en escuelas y lugares donde había roedores positivos y en estos días se está realizando o se va a realizar en El Bolsón un nuevo operativo de desratización que alcanzará específicamente a los lugares donde se capturaron roedores positivos a Hantavirus; vamos a ir específicamente ahí, porque por razones ecológicas -digamos- no está indicada la tarea de desratización masiva contra un roedor que tiene hábitos silvestres.

Se aprobó también y la provincia incorporó un protocolo de investigación médica con una droga viricida y esto lo quiero aclarar específicamente, no se trata de una vacuna contra la enfermedad por Hantavirus sino de un protocolo de investigación -en fase 4 se llama técnicamente- que se impuso en seres humanos, de una droga que se llama Ribavirina que pudiera tener utilidad en estos pacientes. Este protocolo, que es para uso experimental, permitirá por primera vez en el país, evaluar la eficacia de este medicamento que podría ser de utilidad para frenar el desarrollo de la enfermedad cuando aún el diagnóstico no está confirmado; es decir, ante el caso sospechoso ingresaría este protocolo y en sus contactos de alto riesgo, es decir, las personas que conviven con él y que conviven además desde antes de tener confirmada la enfermedad, por lo tanto están en alto riesgo. De manera que -en esto hay que ser muy cauto- si la Ribavirina mostrara utilidad sería realmente muy importante, porque no se trata de curar la enfermedad sino que estaría actuando sobre el momento de más riesgo en el contagio, por lo tanto es beneficioso para el paciente, pero fundamentalmente para evitar la difusión o la propagación de la enfermedad. Reitero, éste es un protocolo experimental, no lo hemos desarrollado nosotros, ya que no tenemos desarrollo de investigación aplicada en farmacología. Esto se ha coordinado, ha sido propuesto por el Instituto Nacional de Enfermedades Virales y nosotros lo hemos tomado.

Por otro lado, en los aspectos de prevención se ha producido material educativo y se ha establecido la difusión, fundamentalmente en la zona andina, la distribución de mil afiches, creo que estos afiches son conocidos, de cualquier manera tenemos algunos para entregar y 25 mil cartillas que fueron distribuidas en la zona, de varias maneras, por un lado a través de Defensa Civil, fundamentalmente en El Bolsón y a través de las facturas de luz de la Cooperativa de Electricidad Bariloche. También se trabajó con un video de elaboración propia provincial sobre la base del material que el año pasado conocimos y que recuerdo haber dejado una copia aquí mismo, elaborado por el CDC. De cualquier manera, aún frente a estas novedades que tenemos en la transmisión interpersonal posible, hay que reiterar que las principales medidas siguen siendo las de higiene domiciliaria, el cuidado de los lugares cerrados o abandonados y que en esta actividad -más allá de que nuestra obligación, responsabilidad y deseo es transmitir este mensaje masivamente- sigue estando vigente una cuestión de responsabilidad personal e individual en el cumplimiento de las normas, sobre todo porque estas situaciones de riesgo en la zona andina se dan, me refiero concretamente a abrir locales que han estado cerrados durante toda la temporada, que se da fundamentalmente en el ámbito de los operadores turísticos o de gente que tiene propiedades que se explotan en temporada turística y que han recibido a través de las cámaras empresariales respectivas la información técnica.

Un sucinto resumen de las actividades desarrolladas desde noviembre del 96 en el tema Hantavirus desde este nivel central de la provincia incluyen la participación de nuestra gente en el diseño y ejecución de la investigación epidemiológica sobre los modos de transmisión del Hantavirus, en conjunto con CDC y el Instituto Malbrán. Acá se ha hecho un estudio de antecedentes y captura de roedores en 10 domicilios de casos y 20 domicilios de controles de El Bolsón y Bariloche. Esto se arrancó en noviembre del 96. Ese mes se siguió con la captura de roedores silvestres en áreas rurales

de El Bolsón y Bariloche y ahí fue cuando se detectaron por primera vez los famosos colilargos positivos.

En diciembre se avanzó, se continuó con las inspecciones de condiciones de seguridad e higiene y desratización en la totalidad de las escuelas de El Bolsón y Bariloche. Esto fue en 19 escuelas de El Bolsón y en 36 de Bariloche.

En diciembre se hicieron dos talleres de evaluación de estrategias de control de roedores en áreas urbanas, esto fue específicamente para trabajar el tema de desratización, también técnicos nuestros concurren al Taller Nacional de Control de Hantavirus que se realizó en el Instituto Malbrán en Buenos Aires. En enero nosotros iniciamos la licitación para la adquisición de los equipos destinados a la captura de roedores y material de bioseguridad. Estos equipos son básicamente trampas, equipos de protección respiratoria, contenedores de nitrógeno líquido para congelar las piezas capturadas y vestimentas de seguridad. En la práctica este equipo es el que le permite a la Provincia ser la primera en tener autosuficiencia en las tareas de campo. En febrero nuestros técnicos viajaron a Chile, a través de un pedido de cooperación de ese país para definir estrategias de vigilancia y control. En marzo se elaboraron, se difundieron las normas para los Municipios relacionadas a actividades de higiene urbana que incluyen las estrategias para desmalezado en determinadas épocas del año y los criterios de higiene urbana y disposición de residuos que no son otros que los que deben ser aplicados en todas las áreas urbanas para control de roedores, de esto también habíamos hablado el año pasado, tanto en áreas de Hantavirus como en áreas donde no se ha notificado su presencia, y que se basan en el criterio de mantener a los roedores alejados de los domicilios y de los basurales. En marzo realizamos también en Bariloche un taller de profesionales de Salud para la reelaboración de estas normas, a lo que yo hacía referencia antes, estas normas fueron trabajadas con el personal de Salud de la zona andina particularmente, que tenía la experiencia concreta de los casos y la experiencia concreta de trabajar en otros hospitales, además concurren técnicos del nivel central y de ahí salió la resolución que después se aprobó estableciendo las normas de bioseguridad que son de vigor, que rigen digamos, para el sector público y privado. En abril se inició la captura para el estudio de la dinámica poblacional. En junio hicimos una jornada de actualización para Médicos en El Bolsón, con la presencia de la doctora Paula Padula del Instituto Malbrán, presentó las conclusiones de los últimos avances en biología molecular. En julio reimprimimos todo nuestro stock de afiches y cartillas educativas preparándonos para ahora, para este verano. En setiembre se realizó el operativo de captura correspondiente a la primavera y sorprendentemente, se detectó un alto número de roedores silvestres, no usual para esta época del año, esperándose aún los esperados resultados de la seroprevalencia para Hantavirus, que nos tiene que mandar el Instituto Pergamino, y que es una deuda informativa que tienen con nosotros desde hace un largo tiempo. En setiembre también aprobamos el protocolo para Ribavirina y técnicos de la Dirección de Salud Mental volvieron al Seminario Internacional de Chile, en Coyaique, organizado por la Organización Panamericana de la Salud. Recientemente hemos realizado, sobre fines de setiembre, un simulacro de internación de paciente con Síndrome Pulmonar por Hantavirus en el hospital de Bariloche, es decir, se simuló en una situación casi real, el ingreso de

un paciente sospechoso por la guardia del hospital, a fin de comprobar cómo estaban preparados los distintos estamentos del hospital para dar respuesta; tenemos un informe extenso, positivo, que en su conclusión final surgieron algunas necesidades que ya han sido atendidas desde el hospital. Ahora estamos realizando lo que yo decía, o vamos a realizar en estos días la desratización en lugares donde capturamos roedores que dieron positivo para Hantavirus. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - En este tema del Hantavirus me tocó vivir varias situaciones. El Bolsón no es lo mismo antes del Hanta que después del Hanta. La situación de la comunidad ha variado fundamentalmente en lo que antes considerábamos un lugar tocado por la mano de Dios, nos dimos cuenta a partir de eso que nos puede también tocar, como en este caso, una enfermedad grave, desconocida casi. Cuando ocurre el Hanta, la infraestructura del hospital era equis, hoy sigue siendo equis, es decir, no hubo ningún avance, sabemos que hay anuncios, que Nación va a financiar, no se si totalmente, un hospital o parte del mismo pero hasta hoy la situación es exactamente la misma con la gravedad que al haberse comprobado el contagio interpersonal..., creo que atender a una persona sospechada de este mal se hace bastante difícil, por no decir imposible, en El Bolsón.

En un momento la comunidad pidió una sala de terapia intensiva, bueno, después los técnicos, el personal, me convencieron de que la sala de terapia intensiva no era tan importante si había una cerca porque el costo del mantenimiento de una sala es realmente importante, pero no se ha mejorado todavía el traslado ambulatorio de estos pacientes que tienen que realizarse en condiciones especiales, es decir, teníamos que tener hoy una ambulancia de cierta complejidad para poder derivar en caso de necesidad, a la gente de El Bolsón. Hasta ahora no tenemos esa prometida ambulancia que por lo menos aliviaría angustias y realmente creo que también la expectativa de vida de un paciente, porque sabemos que al trasladarlo en forma prematura su posibilidad de salvar la vida, es mucho mayor.

En oportunidad en que estuvo el doctor Vilosio aquí, en noviembre del año pasado, hubo varias preguntas de legisladores de si podía haber contagio de persona a persona. En su momento el doctor contestó técnicamente "no hay evidencias hasta ahora" pero, por qué esas preguntas? por qué hubo legisladores que hicieron esa pregunta "no hay contagio?". En el Bolsón, en la zona andina todos sospechábamos de ese contagio porque se daba siempre en el grupo familiar, incluso en el año 1995, se da el caso de una familia en el que hay varios ataques de la enfermedad, es decir que flotaba en el ambiente que podía ser un caso como el conocido Ebola, pero acá decían que el CDC, en Estados Unidos, no existían esos casos, entonces nosotros nos teníamos que quedar más o menos tranquilos. Hoy se ha descubierto que este bichito tiene características especiales, por eso se lo denomina Andes, tiene una cepa particular que no tiene nada que ver con los Hanta descubiertos hasta el momento, es especial.

Por qué? es la pregunta doctor, no se tomaron los niveles de bioseguridad necesarios, previendo que este caso se podía dar, porque a Bolsón y a la zona le costaron muchas muertes. Sabemos que hubieron 16 contagios interpersonales partiendo de un solo ratón que tocó a la primera persona, o sea, hubo 16 casos de contagios interpersonales, que ocurrieron muchos de ellos posiblemente en la casa, otros en el hospital y otros en una clínica privada de San Carlos de Bariloche que se ha reconocido, incluso yo cuento anécdotas de gente que tomaba mate con el infectado. La pregunta es dónde está la responsabilidad aquí de Salud Pública que no tuvo el feeling, diría yo, para decir, no muchachos, vamos a tomar las medidas por las dudas. Todo el mundo en nuestra zona sospechaba de esto pero la ciencia decía que no había evidencias del mismo.

Creo que acá hay alguna culpa, incluso una de las doctoras que se salvó, cuyo marido falleció, dijo en el momento del entierro que hubo desidia de muchos, no es sólo decir, bueno, se nos pasó, no, costó muchas vidas y no sé si hoy se han tomado las medidas de bioseguridad para que el personal del hospital de El Bolsón o de San Carlos de Bariloche, que están en contacto, accidentalmente o por razones profesionales con este tipo de pacientes, esté protegido adecuadamente de acuerdo a las reglas de bioseguridad, porque además es nuevo este Andes, ya que este tema está en curso de investigación.

Decía que la infraestructura de El Bolsón sigue siendo la misma que antes del Hanta. En San Carlos de Bariloche, ha variado la infraestructura de terapia intensiva?, tenemos mayores respiradores?, hemos mejorado la tecnología de los respiradores que en su momento estaban?, porque en teoría teníamos "equis" pero después uno no funcionaba, el otro estaba descompuesto y al otro le faltaba la pila, es decir, podemos estar seguros que si hay una derivación hacia San Carlos de Bariloche va a estar la cama disponible?, el lugar necesario para salvar una vida?, el poder de policía ha comprobado que las clínicas privadas de esa ciudad están en condiciones de recibir este tipo de pacientes?. Son todas incógnitas que me gustaría que conteste el doctor Vilosio.

En El Bolsón tuvimos un caso muy particular, de una persona "equis" que se salvó pero estuvo tres meses enfermo, estuvo al borde de la muerte, esperábamos todos los días el parte médico de San Carlos de Bariloche en El Bolsón, un día estaba bien, otro día estaba mal, bueno, finalmente se salvó y preguntándole el otro día a este hombre -que es un amigo- si le estaban haciendo un seguimiento, dijo que no; la última comprobación es una tomografía computada en el mes de marzo de 1996, que es cuando Salud Pública le da el alta definitiva y lo manda a la casa, es decir, cómo puede ser que en una enfermedad que está desconocida no estemos haciendo un seguimiento a esta persona?, porque es como una especie de testimonio, pero hay otras personas que también han sido afectadas y que hoy las vemos en las calles de El Bolsón, es decir, cuáles son las secuelas que deja la enfermedad si no la conocemos?, cómo no existe un seguimiento de los casos que se han salvado para investigar qué es lo que tienen?, incluso esta persona a la que estoy haciendo referencia tiene amnesia, no recuerda episodios que le ocurrieron, supongo que por su grado de stress en un momento determinado, pero qué discapacidad le ha quedado a esta persona para cumplir normalmente sus funciones como hombre y como trabajador?. Una médica que se salvó estuvo muchos meses sin poder atender porque no le respondía -no sé bien- la parte muscular, la sincronización, etcétera. Creo que hay un abandono del Estado en seguir estos casos porque si bien dice el doctor Vilosio que se han conseguido los equipos de bioseguridad para capturar ratones, que es el primero en el país, me parece fantástico, pero también tenemos que considerar que fuimos los que más muertes tuvimos y ahora, justamente, que es la peor época por la posibilidad de contraer ese mal, ahora estamos tomando las medidas?, siempre venimos atrás porque el doctor Vilosio realmente asume sus funciones el 10 de diciembre del '95, pero casos -ahí lo decía recién el cuadro- hubo en el '94, hubo en el '95 y siempre estamos empezando, ahora vamos a empezar, por qué no continuamos con el tema?.

Asimismo quisiera saber si no hay un programa provincial para la prevención del Hantavirus; hoy ya sabemos que la geografía del país y la de los países vecinos está invadida o se está descubriendo ahora porque hay posibilidades de diagnóstico, pero tenemos un programa?, invertimos recursos en el Hantavirus?, o estamos a la expectativa a ver qué pasa?. Nada más, presidente.

49/1

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Respecto a las consideraciones sobre la infraestructura pasada y actual del hospital de El Bolsón, tanto en lo referente a edificio, equipamiento y ambulancia, nosotros lo hemos detallado en un punto específico. Usted interrogó respecto a la situación actual de este hospital, por lo que puedo traer esta cuestión a colación ahora o sino esperamos llegar a ese punto donde describimos específicamente cuáles son los equipos que se han incorporado y cuál es el estado actual de la modificación de la estructura edilicia del mismo, porque en esto sí se ha avanzado y ha cambiado la situación. En el tema específico de la ambulancia debo decir que sí, existe, está, así que, señor presidente, no sé si empiezo con ese capítulo respecto al equipamiento e infraestructura o esperamos llegar ahí para evacuar esta parte de la pregunta.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Yo diría que responda la pregunta al legislador y después podemos evitar el tratamiento del tema.

Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Vamos a hacer algunas referencias específicamente al hospital de El Bolsón en cuanto a infraestructura y equipamiento. Obviando algunos detalles demográficos, hoy este hospital, el que conocemos, el que tiene serias carencias de infraestructura y esto es así, tiene 46 camas de internación y 11 consultorios externos distribuidos de la siguiente manera: 3 de pediatría, 1 de traumatología, 2 de clínica médica, 1 de clínica quirúrgica, 2 de tocoginecología, 1 de odontología y 1 que se dedica a la atención de Salud Mental.

Vamos a hablar del proyecto de refuncionalización de la estructura edilicia; nosotros partimos del hecho cierto y definido de que el estado edilicio del hospital es inadecuado, esto es así, hay que recuperar recursos físicos y hay que recuperar el equipamiento. Qué se hizo desde la provincia con esto: La provincia adhirió, al inicio de la gestión, al Programa del Sector Salud -el PRESSAL- y a través del mismo se elaboró el anteproyecto de reforma del hospital, que también lo tenemos disponible como documentación anexa donde se definen cuáles deberían ser los lineamientos y cómo debería ser el hospital remodelado que le quede a El Bolsón después de esta refuncionalización.

Este anteproyecto se trabajó también con la gente del hospital de esa localidad, con el Consejo Local de Salud y en definitiva resumiría lo que se está proponiendo, pero además de esto, en este momento y para más exactitud hoy, tiene que estar llegando a El Bolsón un ingeniero del PRESSAL que va a definir ya el proyecto definitivo, con financiamiento de ese programa, para que podamos licitar la obra que va a estar parcialmente a cargo de la provincia, en tanto que ya se ha tomado la decisión y tenemos el acuerdo del gobierno provincial y del Ministerio de Salud de la Nación para que esto sea incorporado en las operatorias provinciales I y II, lo cual implica que el 30 por ciento del costo de inversión lo va a pagar la provincia, siendo el costo de inversión previsto originalmente de 790 mil pesos, pero con algunas modificaciones que se están planteando desde el Consejo Local de Salud estaríamos llegando a los 900 mil, con acuerdo -digo-

de las dos partes, tanto de provincia como de nación, para el financiamiento conjunto de la obra, de manera que tenemos el anteproyecto aprobado, el proyecto de confección y el financiamiento acordado entre las dos partes que lo van a pagar. Qué dice el anteproyecto?, de qué hospital estamos hablando?, estamos hablando de un hospital capaz de producir una media de 1.700 egresos por año con un promedio de permanencia de cuatro días y medio y un porcentaje de ocupación del 75 por ciento.

Este es el objetivo, hoy es más baja la ocupación.

Dotación de camas: La oferta teórica de 1.700 egresos con un promedio como el descrito es de 7.650 días/cama, más un 25 por ciento que hay que plantear por seguridad, da una oferta total de 9.562 días/cama.

Esto se consigue con una dotación de 30 camas de internación organizadas por cuidados progresivos. Además, es propicio inferir que deberá contar con unidades de cuidados especiales con capacidad de aislamiento de pacientes críticos que así lo requieran, destinando una de estas unidades para cuidados de adultos y otra para neonatología.

En cuanto a consultas externas, se deberá planificar una planta con capacidad sobre una oferta máxima de 35 mil consultas al año, considerando que se distribuye el 75 por ciento a la mañana y 25 por ciento a la tarde. Con esta distribución se espera un uso de 30 horas semanales por consultorio, lo que significa definir 11 consultorios, teniendo en cuenta que hay especialidades que no pueden compartir el mismo espacio físico.

En cuanto al servicio de laboratorio, se deberá planificar un servicio y equipamiento capaz de producir 4 mil prestaciones; para hemoterapia se prevé la hemoteca, que hoy no la tiene, con identificación de una hemoteca de reservorio e identificación programática de pacientes y un centro quirúrgico capaz de producir un promedio de 500 cirugías por año, entre programadas y urgencias, de mediana y baja complejidad.

El centro obstétrico estará planificado para 450 partos anuales, con un área de atención al recién nacido y un promedio de resolución de 1,25 partos por día promedio.

El servicio de guardia y emergencias se planifica para resolver 12 mil consultas/año, con atención permanente, con guardias activas y pasivas; a pedido de personal de El Bolsón se planificó para guardias de no más de 12 horas por profesional o técnico, en vez de 24, además de cubrir las funciones de apoyo, de administración y demás. Esto, en cuanto a la infraestructura edilicia.

Qué ha pasado con el equipamiento?. El hospital ha incorporado recursos informáticos y esto no es un dato menor, es un hospital que ahora está comunicado a través de un equipo PC con Internet y demás, de lo cual se está haciendo muy buen uso a la hora de acceder a la información vital para el funcionamiento del hospital, pero también para el Hantavirus.

En lo referente a la atención de enfermedades por Hantavirus, el hospital invirtió de un fondo especial que fue girado, desde el municipio tengo entendido, 15.509,93 pesos en insumos específicos de bioseguridad que están almacenados en el galponcito que está al lado del edificio del hospital, es un depósito que ha sido saneado y ahí están los insumos a la vista -bueno, no a la vista porque están guardados, pero pueden entrar a revisarlos- que son específicamente para implementar las medidas de bioseguridad ante la alternativa de aparición de un paciente o de un sospechoso en internación o para su traslado.

Por supuesto en el hospital se realizaron reuniones con autoridades municipales, se mejoraron las comunicaciones del hospital, tiene dos nuevas líneas telefónicas; se incorporaron equipos de radio, uno comprado por el hospital y otro donado por el SPLIF.

A través del PROMIN se desarrolló un proyecto de inversión en los centros periféricos donde se los dotó de

equipamiento para atención ambulatoria y de equipos de radio VHF y se incorporó además una ambulancia Nissan Patrol doble tracción cero kilómetro, es un vehículo que ha tenido -digamos- su bautismo de fuego en oportunidad de las recientes inundaciones en la zona y permitió entrar y salir de El Bolsón aún con la ruta obstruida por los desmoronamientos, o sea que hay una ambulancia cero kilómetro que técnicamente garantiza accesibilidad permanente desde y hasta El Bolsón.

Se incorporó al laboratorio del hospital un aparato de gases en sangre adquirido por la provincia, un fotómetro semiautomático, una macrocentrífuga que donó el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y se compraron a través de las voluntarias del hospital un nuevo microscopio y una microcentrífuga.

Se adquirió un nuevo equipo de rayos X, por valor de 35.000.- pesos aproximadamente; una nueva silla de partos por un valor de 8.000.- pesos; una nueva lámpara cialítica, con cooperación de la Cooperativa Telefónica local por un valor de 14.000.- pesos aproximadamente; ya está comprada y se entregará en diciembre próximo una nueva mesa para quirófano, con la participación de las Voluntarias del hospital que hacen aportes muy significativos al hospital, por un valor de 12.000.- pesos.

Se adquirieron desde el hospital dos oxímetros de pulso, son aparatos bastante sofisticados que sirven para neonatología, para anestesia pero también para el control y el tratamiento de los pacientes con insuficiencia respiratoria, que como se sabe, es la patología predominante en los casos de Síndrome Pulmonar por Hantavirus.

De manera, señor presidente, que nosotros decimos que no es el mismo hospital de El Bolsón del año pasado, es un hospital que ha incorporado este equipamiento, es un hospital que, desde el punto de vista de la estructura edilicia está avanzada su reconstrucción -diría-, no es un hospital nuevo pero es una remodelación muy importante, se invirtió casi un millón de pesos en su remodelación, es un hospital que además de esta ambulancia sigue teniendo dos vehículos más, no de la complejidad que yo señalé, pero esta ambulancia Nissan Patrol tiene, además de su característica de versatilidad porque es todo terreno, permite aislar la cabina del conductor de donde va el paciente y permite montar uno de los respiradores que tiene el hospital para eventualmente, si esto fuera necesario, trasladar pacientes respirados en esa ambulancia. De manera que creemos que la situación ha cambiado significativamente.

En cuanto al interrogante que se planteaba respecto al contagio persona a persona y si nosotros no nos hicimos la pregunta de que esto podía estar pasando, no hay ninguna duda que nosotros nos hicimos la pregunta, pero no sólo nos la hicimos nosotros, no sólo se la hizo la prensa y cualquiera que pasara por allí, sino que también se la hicieron los expertos que trabajaron con nosotros el CDC, también se la hizo la gente que trabajó en epidemiología del instituto Malbrán y del instituto de Pergamino, también se la hizo el agente de la Dirección Nacional del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, la pregunta nos la hicimos todos, el problema es qué posibilidad tenemos de dar respuestas antes de comprobar la veracidad o no de la respuesta que damos. Es muy distinto hacerse la pregunta y publicarla en un diario o muy distinto es hacerse la pregunta y plantearla en una charla de café o en un debate, es muy distinto insistir, hacerse la pregunta y tener la obligación de dar respuesta desde la estructura del Estado, desde la estructura del organismo rector de salud en la provincia y cuando las propias instituciones científicas del máximo nivel mundial, porque en esto habrá acuerdo de que este no es un trabajo que hizo solamente Salud Pública de la provincia, acá vinieron los expertos del CDC, vino la gente de nación, vinieron los tipos que más saben de esto, cuando esta misma comunidad científica no se expedía como de hecho no lo hizo hasta inicios de este año respecto a esta posibilidad. Entonces si nosotros ligeramente, manifestando la pregunta que todos nos hacíamos -reitero- hubiéramos en ese momento, hecho público esto desde nuestra posición, sin duda, en nuestra evaluación de la cosa, hubiéramos cometido un acto de irresponsabilidad bastante grave. Son distintos los tiempos del conocimiento científico, los tiempos que impone la comunidad científica y en esta cuestión yo vuelvo a decir algo que ya dije el año pasado, en este tema nosotros no hemos actuado políticamente sino en base al conocimiento técnico y científico. Creemos que la definición política en esto, es justamente atenerse al conocimiento técnico vigente, si nos apartamos de esto, metemos la pata, si me permite la expresión, señor presidente.

Entonces la pregunta nos la hicimos todos y porque nos la hicimos, además de que la gente del Malbrán publica su trabajo, la gente de epidemiología y de salud mental del Consejo Provincial de Salud Pública también tiene su propio estudio hecho, lo que pasa es que nosotros no tenemos la llegada a los medios científicos nacionales e internacionales, ya la vamos a tener, pero nuestra propia gente tiene un trabajo que corrobora absolutamente esta sospecha epidemiológica del contacto, pero para tener este resultado tuvimos que atravesar toda una serie de datos en la investigación del brote que no se obtuvieron antes de febrero de este año. A veces los tiempos del conocimiento no satisfacen los tiempos de la necesidad social, comunitaria, inclusive mediática porque yo insisto, señor presidente, en esta cuestión tuvo mucho que ver también el manejo que desde algunos medios hicieron de este conflicto.

El legislador Barros preguntaba dónde está la responsabilidad de Salud Pública, yo creo entender su planteo y le digo que la comparto. La responsabilidad de Salud Pública es sin duda, primero estar a la altura de las acciones técnicas específicas que le competen en función de lo que se sabe en ese momento y reitero, el Consejo Provincial de Salud Pública tenía establecidas con anterioridad normas de bioseguridad acordes a lo que la opinión y la información científica nacional e internacional disponía.

No es que la bioseguridad aparece ahora porque hay evidencias de transmisión persona a persona, había normas vigentes en aquel momento que estaban establecidas desde bastante antes, eran de conocimiento en el sector público y privado de la región andina y nosotros en ese momento y en el caso concreto de Bariloche, chequeamos, inspeccionamos y tenemos la certeza de que la única institución que se vio involucrada en Bariloche con el presunto contagio dentro de su ámbito, estaba en posición de cumplir las normas de bioseguridad porque tenía el equipamiento y la infraestructura para hacerlo, es decir, nosotros ejercimos en ese momento nuestra facultad de fiscalizar y de controlar. Y qué hemos hecho este año al respecto? Bueno, este año hemos hecho lo mismo, hemos ido a inspeccionar y a fiscalizar a todo el sector privado; esta tarea la hicieron hace unos siete u ocho días atrás dos médicos, dos profesionales de la Dirección de Fiscalización del Consejo de Salud Pública y nos están elevando el informe pertinente pero además, adelanto el informe. Como este año a partir de la hecatombe que se produjo en el sector privado por consecuencia de este brote de Hantavirus, estas normas nuevas han sido trabajadas en conjunto con las clínicas de Bariloche fundamentalmente, porque la clínica de El Bolsón es muy chiquita, en este sentido seguramente no va a ser receptora de casos, se ha trabajado en conjunto -digo-, los primeros interesados en que no se repita esta historia por el motivo que sea son los propios prestadores del sector privado, las normas están y la gente las está cumpliendo.

Entonces, dónde está nuestra responsabilidad? nuestra responsabilidad está ahí en lo que hace al sector privado, pero además hemos avanzado este año y hemos cambiado la estrategia con la cual nosotros vamos a ofrecer estructuras sanitarias a los casos, si es que tuviéramos. La estrategia que hemos acordado con el sector privado de Bariloche, es una estrategia de trabajo conjunto. Creo que lamentablemente hemos tenido experiencias duras -y coincido con el legislador en que la experiencia del año pasado en El Bolsón y Bariloche ha sido extremadamente dura desde varios puntos de vista- y las experiencias duras a veces nos hacen modificar actitudes y aprender en definitiva. Este año hemos acordado un esquema de trabajo conjunto con las clínicas, un esquema de integración de recurso humano y de recurso material, fundamentalmente en lo que sería el rol del hospital de Bariloche, que es la recepción y atención de los casos propios y de los casos que le sean eventualmente derivados desde otros hospitales y como estos casos propios o derivados tienen una infraestructura especialmente destinada a esto localizada en la actual terapia intensiva del hospital de Bariloche y en la sala de cuidados intermedios que tienen los requisitos arquitectónicos para hacer aislamientos respiratorios, lo que vamos a tener y está acordado así del sector privado, es todo el apoyo en trasladar o poner personal y equipamiento que nos haga falta y en recibir demanda hospitalaria que eventualmente necesitara el servicio de terapia intensiva de cuidados intermedios y que no pudiera hacerlo porque estas camas estuvieran ocupadas en pacientes con Hanta. De manera que yo diría que este año estamos en mucha mejor situación, mucha mejor capacidad de respuesta ante la eventualidad de que aparecieran casos de Hantavirus y lo estamos trabajando en un esquema muy articulado entre sector público y privado.

Respecto a alguna expresión sobre quién es el responsable de que una enfermedad ocurra, porque volvemos me parece a mí y si me equivoco pido disculpas, un poco a la idea que el hecho que ocurran enfermedades y que la gente muera, es en todo caso siempre y ante cualquier circunstancia, responsabilidad de los funcionarios o del gobierno o peor aún, del partido gobernante en algunos casos, si bien no es esto lo que ha planteado el legislador.

Yo quiero decir que nosotros creemos que no ha habido desidia y tomando un poco la frase aquí volcada, no ha habido desidia, ha habido una respuesta acorde a la aparición de una enfermedad que en el mundo se denomina o se incluye en el grupo de lo que se llama enfermedades emergentes, son enfermedades que irrumpen en el panorama epidemiológico, que el mismo dolor de cabeza que nos traen a nosotros o peor, lo están trayendo en otras sociedades y en otras comunidades, donde por ejemplo, sin ir más lejos, en el caso del actual brote en Chile, ellos tienen una letalidad del 80 por ciento contra el 50 nuestro, o sea que tan mal no hicimos las cosas,

yo diría en todo caso que tenemos letalidades más bajas que en todo el resto de América, así que no es cierto que los nuestros se murieron más, los nuestros se murieron menos y es así, señor presidente, porque fueron atendidos por médicos de El Bolsón que tenían experiencia, que estaban formados, que habían visto pacientes en temporadas anteriores, que detectaron la enfermedad por Hantavirus en la región andina, que fueron los médicos de Salud Pública de El Bolsón y de Bariloche; esto no nos vino de afuera y lamentablemente la mejor experiencia la tenemos nosotros, por eso tenemos la letalidad más baja.

Respecto al equipamiento del hospital de Bariloche, el mismo cuenta con más equipos; usted recordará, señor presidente, que el año pasado fue pública la donación de un respirador de alta complejidad por parte del ministerio nacional, posteriormente a eso se adquirió otro respirador volumétrico, no absolutamente igual pero totalmente adecuado a la fisiopatología del distres respiratorio, existen además los respiradores habituales de la terapia intensiva del hospital; la arquitectura de la sala de terapia intensiva ha sido modificada para permitir alojar en adecuadas condiciones de aislamiento a dos enfermos por Hantavirus simultáneamente. Quiero recordar también que en el momento más álgido del brote del año pasado, llegamos a tener durante dos días dos pacientes simultáneamente en estas condiciones, nunca pasamos de este límite, pero si hiciera falta tenemos previsto espacio en la sala de cuidado intermedio que está adyacente a la terapia intensiva y además tenemos este acuerdo con el sector privado, que nos permitiría disponer de más capacidad instalada.

Con relación al seguimiento les quiero decir, para tranquilidad de todos nosotros y un poco para referirme a lo que significa la tranquilidad de trabajar sobre casos de Hantavirus tan particulares como los que tenemos nosotros en la región andina, en lo que es la investigación de biología molecular, la investigación epidemiológica, que en los protocolos de investigación clínica, no es Vilosio el que dice que sigan a un paciente o no lo sigan, sino que son protocolos que se elaboran en conjunto con estas instituciones científicas de primer nivel y para serle franco, señor presidente, hay una gran avidez de información sobre nuestros pacientes patagónicos porque esto, en el mundillo de la ciencia y de las publicaciones científicas, ha generado un interés muy marcado, así que si no están en un protocolo de seguimiento -cosa que reconozco que en este momento desconozco- es porque evidentemente personas que analizan esto desde el punto de vista técnico, con un criterio distinto al de la opinión buena pero sin mayor fundamento técnico, lo han establecido así.

Respecto a que las personas que han tenido Hantavirus caminen por la calle, a nosotros nos parece muy bien, quiere decir que curaron de una enfermedad gravísima en el mundo, como es el distres respiratorio, -no el Hantavirus- que mata al 60 ó 70 por ciento de las personas y esto lo digo sin ironía, lo digo porque quiero remarcar que la atención médica que recibieron los casos de Hantavirus en la provincia de Río Negro ha sido de buena calidad médica, pero no porque el funcionario lo haya dispuesto así sino porque nuestros médicos, nuestros trabajadores, los que probablemente voten o no voten por el partido gobernante en octubre, son tipos comprometidos con su trabajo, han tenido los elementos para hacerlo y tienen la mejor capacitación posible.

En cuanto a los recursos que se invierten, obviamente que de las adquisiciones que hemos referido, las que realizó la provincia se han hecho con recursos que Río Negro ha dispuesto a través de Salud Pública, entonces hay recursos que se vuelcan al tema del Hantavirus, hay recursos que se han volcado a la prevención, a la asistencia, al equipamiento y a la protección de nuestro personal porque epidemiológicamente es el más afectado y quiero señalar también algunos hechos particulares que pasan con Hantavirus en Río Negro. Este protocolo de Ribavirina, por ejemplo, no se está probando en todo el país, se está probando acá porque el Instituto Malbrán considera que tiene las garantías en cuanto a la calidad del personal, la posibilidad de infraestructura y de atención a los pacientes que garantizan un control un seguimiento y un tratamiento adecuado de los casos y la única investigación de biología molecular sobre las características del virus se está realizando con nuestras cepas, porque acá están los equipos que hacen las capturas en las condiciones más adecuadas con el equipamiento necesario, porque son las personas que han tenido interés en hacer esto y porque no hemos hecho lo que otras jurisdicciones, que lamentablemente han ocultado este tema o lo han barrido debajo de la alfombra.

54/1

En mi rol de funcionario político, dando un informe "in voce" en esta Legislatura, acepto absolutamente todas las reglas de juego de esta cuestión, pero quiero dejar explícitamente en claro acá, la calidad de nuestro personal hospitalario, de Salud Ambiental, del área Epidemiología, que han permitido obtener resultados muy buenos en una enfermedad que tiene muy malas consecuencias en todo el mundo.

CUARTO INTERMEDIO

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Quería proponer a la Cámara, en función de que el doctor Vilosio lleva ya cinco horas de exposición, un pequeño cuarto intermedio de no más de cinco o diez minutos.

Iba a esperar a que se agote el tema, pero en virtud de que por los pedidos de palabra tenemos para un rato más, invito a la Cámara a pasar a un cuarto intermedio.

Tiene la palabra el señor legislador Pinazo.

SR. PINAZO - Señor presidente: En función de que la Comisión Especial Investigadora tiene audiencia con el Superior Tribunal, solicito autorización para retirarnos y regresar cuando termine la misma.

SR. PRESIDENTE - Está bien, están autorizados y esperemos que coincida con nuestro cuarto intermedio.

-Eran las 17 y 40 horas.

-Siendo las 18 y 22 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Continúa la sesión.

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Gracias, señor presidente.

El doctor Vilosio decía hace un rato que existen los elementos de bioseguridad en El Bolsón, que había un galponcito, que estaban ahí. Voy a leer lo que dicen los empleados del hospital, espero que el doctor después no tome sanciones: "Los abajo firmantes, personal del hospital de El Bolsón consideramos que las normas de bioseguridad hospitalaria se cumplen parcialmente debido a la no provisión o provisión intermitente de todos los elementos que hacen a las normas de bioseguridad".

Del mes de abril del 97 hay una denuncia que formuló un profesional del hospital radicada en la comisaría 12 de El Bolsón, que dice que tuvo que atender a una persona de sexo femenino que era portadora de HIV y que no existían elementos de bioseguridad, no encontrándose en su lugar dichos elementos, no pudiendo afirmar sobre si existían o no, pero que lo tuvo que hacer sin esas medidas de seguridad que debe aportar Salud Pública para proteger a sus empleados.

Un poco esto revierte lo que ha dicho antes el doctor en este punto, por lo que me gustaría que diga qué nivel de bioseguridad está empleándose hoy en el hospital de El Bolsón, de acuerdo a las normas internacionales.

Respecto de la ambulancia, que dice sí, la ambulancia está. Sí, es una ambulancia que donó Nación dentro de un programa de seis que dotó a distintos hospitales de localidades de la provincia, es efectivamente una NISSAN PATRON pero no está equipada como pretendemos la gente de El Bolsón con los elementos como para trasladar a los pacientes y que lleguen en las mejores condiciones a la localidad de San Carlos de Bariloche. Pero yo le quiero hacer un trato al doctor, porque no me quiero pelear, bueno, la ambulancia está, que la equipe Salud Pública de la provincia, quedamos todos bien y a la gente le damos una respuesta.

Cuando él me responde sobre la falta de seguimiento de los casos testigo o de los casos que han tenido o contraído este mal, que es sobre lo que hice hincapié, me parece que él, como máxima autoridad de Salud Pública con todo su gabinete al lado, no me puede decir que desconoce si existe o no protocolo de seguimiento porque lo están haciendo otros investigadores, creo que la autoridad de Salud Pública debe saber, si no, estamos en el mismo caso que la genética, cuando a raíz del convenio con la Universidad de Arizona con el INTA, nos llevó un montón de plantas para hacer un estudio genético y la provincia no sabía. Creo que fue una respuesta desafortunada, voy a llamarlo así; está bien, el hospital es el mismo, antes y después del Hanta, el que está hoy, el que hay que -como decía el doctor- hacerlo todavía y esto viene con fondos del PRESSAL, estamos de acuerdo, acá tengo la partida que está para el año 97 -300 mil pesos- a disposición de la provincia, pero que ésta cumpla los requisitos que exige Nación para no perder la partida al 31 de diciembre; es decir, los pasos que hay que seguir para recibir los fondos en la provincia, se cumplan adecuadamente durante este año.

Hablaba de los profesionales, del personal auxiliar, de los choferes de nuestra zona, del hospital de El Bolsón y de San Carlos de Bariloche; lo que yo tengo para ellos es

palabras de alabanza y gratitud, realmente se han comportado como deben hacerlo, más, más de lo que les paga la patronal, han hecho como pobladores comprometidos más de lo que debían hacer, es decir, en ese caso quiero reafirmar y sacar cualquier duda si es que he puesto en cuestionamiento a la gente de Salud Pública; de los médicos sí tengo varios cuestionamientos que no voy a hacer en este momento, aunque tengo para leer acá, con el presidente de la IV Zona Sanitaria.

Y voy a hacer un solo relato. Cuando vino, que entró en discusión conmigo por una radio porque no venía y acá hay una nota que dice que nunca recorrió el hospital de El Bolsón, dijo que el Hanta había pasado porque El Bolsón y los bolsonenses éramos sucios. Esas fueron palabras que las tengo grabadas cuando empezó... lo que pasa es que era nuevo a cargo de la presidencia, pero creo que fueron desafortunadas esas palabras. Después quiero que el doctor me responda. Nosotros en el mes de diciembre de 1996 cuando hicimos toda esa batería de proyectos y se aprobaron acá, creamos una comisión por ley, que es la 3057, que estaba integrada por los legisladores, más Salud Pública. Nunca integró Salud Pública este tema, sí están designados los legisladores de las tres bancadas pero Salud Pública nunca la integró ni fue convocada. Me gustaría saber cuál es el hecho de que hasta ahora no se ha puesto en marcha esto que creo era un apoyo más desde la Legislatura, al tema que nosotros entendíamos -y además hacer justamente lo que dice esta ley- necesario como los seguimientos, controles, buscar recursos económicos, etcétera, para colaborar desde la Legislatura junto con el Poder Ejecutivo en una comisión mixta, en este tema tan importante para la provincia y especialmente para la zona andina. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Gracias, señor presidente.

En primer lugar yo digo, si hay empleados del hospital que dicen que las cosas no son como las estamos diciendo nosotros y sin temor alguno a ninguna sanción ni nada por el estilo, yo creo que para sustentar esa afirmación deberíamos tener algo más que una palabra leída. Yo no sé de cuándo es esa nota, quién la firma, quién lo dice ni por qué lo dice, pero, señor presidente, como no escapará a su observación, estas cosas sueltas, tiradas así, en el marco de un interrogatorio, digamos, que cada vez tiene un perfil más político que técnico, yo quisiera, para poder responder acabadamente, saber quién está diciendo esto, porque yo también he recibido alguna nota que no he querido traer acá donde plantea, por ejemplo, gente del hospital, desagrado porque hoy se nos va a interrogar sobre un tema del hospital de El Bolsón y el legislador Barros no visitó el hospital para preparar esto; esto me parece chicana política y yo no lo planteé hasta acá, así como anteriormente yo expliqué que estuve en el Ente de Desarrollo de la región sur dando explicaciones sobre el tema de salud, después supe también que el legislador Barros es director del ente y no habíamos estado. Pero digo, yo lo que estoy sosteniendo acá, lo podemos comprobar, es más, de hecho lo comprobé yo personalmente al ir al hospital dónde están los insumos y cómo están, por eso hacía referencia al cuartito famoso. Así que es muy difícil responder a un papel donde alguien me dice que las cosas no son como yo digo, francamente estoy indefenso frente a un planteo de este tipo.

En segundo lugar, con respecto a la denuncia del mes de abril, yo creo que este tema podríamos verlo en el contexto del punto referido a la situación actual del hospital de El Bolsón, porque hay un punto donde se nos interrogaba situación

de El Bolsón y estado actual de los sumarios administrativos porque esta no es una denuncia aislada, esta es una denuncia que surgió en el marco de un conflicto muy fuerte entre un grupo de profesionales y la que era en ese momento, la conducción del hospital, en un marco bastante más complicado que desemboca en una cesantía de un agente de Salud Pública y nosotros hemos desarrollado un poco esta situación en otro punto. Independientemente de esto quiero decir que yo no estoy respondiendo por abril de este año, yo estoy respondiendo en este momento por lo que a mi me consta que está ahora y estoy respondiendo por las modificaciones, por los cambios que se hicieron y que se introdujeron, tanto en la forma de funcionamiento como en la conducción concretamente del hospital de El Bolsón, después de todo lo que significó la crisis del Hantavirus que afectó no sólo la salud de la gente sino muchos aspectos de la vida comunitaria en toda la región andina, entre ellos la situación institucional del hospital.

Respecto al nivel de bioseguridad que se está cumpliendo, bueno, el hospital de El Bolsón cumple con lo que está establecido en la norma de bioseguridad, a la que yo hice referencia antes, que ha sancionado el Consejo de Salud Pública y que la tenemos para entregar como anexo documental pero básicamente son normas de aislamiento respiratorio. La bioseguridad es un concepto grande, es una idea general, lo que nosotros hemos introducido como aspecto operativo de la bioseguridad, es el aislamiento respiratorio de los pacientes; era un dato que no manejábamos antes de tener la información del eventual contagio persona a persona, el hospital está en condiciones de cumplir esto.

En cuanto a la famosa cuestión de la ambulancia, la ambulancia está, obviamente está, no ha sido una donación de la Nación al hospital de El Bolsón y debo decir que no han sido donadas seis ambulancias a Salud Pública. Este es un tema que ya que está planteado lo vamos a decir más extensamente. La provincia de Río Negro recibió dos ambulancias de un esquema de compras que hizo la nación y esta provincia asignó una ambulancia 4 por 4 Nissan Patrol al hospital de El Bolsón y una ambulancia Nissan, que es similar a una tráfico -o sea, con otras características técnicas- al hospital de Choele Choel. Las otras cuatro ambulancias a las que hace referencia el legislador, fueron entregadas directamente -y a mi me consta por haber estado en un acto de entrega- a través de la gestión del senador Constanzo, a municipios, con lo cual se da la paradoja que tenemos ambulancias prestando servicios en municipios. En otra situación, como es la de Ramos Mexía, esto lo hemos resuelto muy adecuadamente, en Darwin se ha podido resolver también pero en otras dos localidades tenemos conflictos porque son vehículos que, en algunos casos, se están utilizando como si fueran vehículos municipales y no están destinados al uso sanitario. Entonces no es que la provincia recibió seis ambulancias sino que una gestión política obtuvo cuatro ambulancias para municipios justicialistas, cosa que a nosotros no nos escandaliza ni nos horroriza ni mucho menos, pero queremos plantearlo tal como es y las dos que se entregaron a Salud Pública no se hizo con destino a ningún hospital en particular sino como corresponde, se entregaron al Consejo Provincial de Salud Pública que priorizó dos necesidades que tenía, una era El Bolsón por todo lo que hemos discutido y porque la ambulancia tenía los requisitos técnicos y la otra era al hospital de Choele Choel que tenía un serio déficit en su parque automotor y esa ambulancia es ideal para ser utilizada en el terreno, en la ruta, en el área que cubre el hospital de Choele Choel, pero la ambulancia está.

En cuanto al equipamiento, la ambulancia no es una unidad de terapia intensiva ni una unidad coronaria móvil, esto es así, sí, no es una unidad de terapia intensiva, es una ambulancia a la cual se le puede instalar en minutos el respirador que tiene el hospital disponible, que funciona para esto; el hospital además tiene monitor portátil y todas las condiciones para derivar al paciente adecuadamente. Por otro lado sigue estando en el hospital de El Bolsón una ambulancia que sí fue gestionada en su momento -tengo entendido- desde el

ámbito municipal, fue enviada por el gobierno de la provincia de Buenos Aires y en una reunión reciente con las autoridades de la provincia de Buenos Aires, creo que ellos tienen disposición de que la ambulancia quede ahí o por lo menos no nos la reclamaron enérgicamente, creo que el hecho de que ellos hayan facilitado ese vehículo y que siga estando ahí prestando las funciones adecuadamente es verdaderamente un gesto de madurez política porque no sólo estuvo ahí en el momento de la eclosión sino que quedó y esto es lo que vale.

Lamento haber tenido una respuesta desafortunada aparentemente, lo que quiero decir es que no es que el presidente del Consejo de Salud Pública no sepa lo que está pasando en Salud, digo, si esto fuera así probablemente no me pedirían a mí esta respuesta, se la pedirían a alguien que sepa. Yo contesté en ese momento que no me constaba que se estuviera haciendo este protocolo, por supuesto lo hemos corroborado con la gente nuestra del área específica y sí, no hay un protocolo establecido porque la gente que investiga que son epidemiólogos, no son ni funcionarios políticos como yo ni legisladores ni periodistas ni deportistas, son epidemiólogos especialistas en el tema, han considerado que más allá de la impresión que pueda causar el seguimiento de estos pacientes a largo plazo pareciera no tener una utilidad o indicación y acá vuelvo al mismo criterio que ya reiteré anteriormente. Nosotros en este tema no estamos jugando con decisiones políticas, entonces yo estoy en inferioridad de condiciones en algunas situaciones porque intento dar respuestas desde el conocimiento técnico que creo es lo que vale y no demostrar que el legislador Barros sea buen o mal legislador, cosa que me consta que es un buen legislador.

En cuanto a la situación con el personal, -creo que ésta fue una observación que hizo el legislador- lo que quiero disipar es esto que a lo mejor es una sensación muy personal mía: Cuando el personal de salud trabaja bien, lo sigue haciendo así pese a que la conducción sea mala y cuando el personal de salud mete la pata, lo hace porque la conducción es mala. Moraleja, nosotros siempre somos malos, siempre hacemos todo mal y esto me parece, además de injusto, que no es así.

En cuanto al rol del presidente de la IV zona, podríamos empezar a enumerar acá la cantidad de visitas que ha hecho; yo desconozco el episodio radial -y espero que esto no aparezca como una respuesta desafortunada- que relata el legislador Barros, que haya dicho que esto era un tema del hanta virus porque los bolsonenses son sucios, lo que podría asegurarle es que yo me entero de esta cuestión ahora, un año después de haber estado hablando acá de este tema. Reitero que el presidente de la IV zona ha tenido presencia permanente y gran parte del desgaste que su figura institucional política ha sufrido y está sufriendo es producto de haber asumido una directiva nuestra muy expresa de estar al frente de toda situación conflictiva; algunas son agradables, cuando entregamos algún equipo o alguna ambulancia y muchas son muy desagradables, cuando hay que ir a dar respuesta en situaciones muy difíciles, pero él estuvo en asambleas populares, en reuniones con el Consejo Local de Salud, con los intendentes, con los médicos, con organizaciones no gubernamentales, en fin, estuvo cumpliendo su rol en este tema.

Por último, respecto a la ley 3057, -como bien dice el legislador- nosotros no fuimos convocados y este es el motivo por el cual no participamos, el Consejo de Salud Pública no fue convocado a estas reuniones de la comisión que se habían aprobado. Por supuesto, señor presidente, usted se imagina que si yo me hice presente acá durante varias horas el año pasado y hoy vamos a seguir 10 ó 12 horas más dando respuesta, no tenemos, no sólo ningún inconveniente en participar, sino que estamos absolutamente predispuestos y entendemos cuál es el espíritu de esto, pero no estaba en nuestro ámbito generar las reuniones sino asistir cuando se nos convocara. Es todo, gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Yo no pensaba leer esto pero en función de que al legislador Barros le acercaron algún escrito de la región, algún legislador de nuestra bancada ha estado también recogiendo información en el ámbito de San Carlos de Bariloche y de la zona.

Usted sabe muy bien que el problema del Hanta Virus excede ampliamente a su importancia médica o biológica, ha provocado algunos problemas sociales y podría ser productor de problemas sociales muy importantes en cuanto a la merma del turismo, al resquemor que se puede tener en consumir productos regionales, etcétera, por eso es que parte del trabajo del doctor Vilosio ha sido trabajar con las entidades intermedias y acá hay una de ellas que algo tenía para decir y cuya nota me acercó el legislador Medvedev; la Cámara de Comercio e Industria de San Carlos de Bariloche, con fecha 1º de octubre,

-ahora la voy a acercar a secretaría- dice: "De nuestra consideración: Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a efectos de hacerle conocer nuestro apoyo a la gestión que viene realizando el señor Secretario de Estado de Salud Pública, Doctor Javier Vilosio, en todo lo referido al tratamiento de los temas que le planteáramos desde el inicio de su gestión y que hacen a problemáticas locales. El doctor Vilosio respondió siempre con prontitud y presencia personal en cuanta oportunidad fue requerido por la actividad empresaria local, demostrando alto grado de profesionalismo y preocupación en la búsqueda de soluciones a los problemas planteados, los que en más de una oportunidad fueron de real gravedad para San Carlos de Bariloche y zona de influencia. Sin otro particular, le saludamos atentamente. Firma: Ernesto Wood. Presidente.". Creo que tanto mal no se debe haber hecho cuando algún sector importante de la comunidad como es esta entidad intermedia que representa al comercio y a la industria de San Carlos de Bariloche ha enviado esta misiva. Nada más.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - En consideración el punto 4.

Si no hay más inquietudes pasamos al tratamiento del punto 5.

En el mes de agosto se han producido varias muertes de niños por neumopatía en Villa Regina, considera normal la situación?. Esa es la pregunta al doctor Vilosio.

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En principio queremos aclarar, independientemente de todo lo que desarrollemos sobre este tema en particular, que no vamos a utilizar en ningún momento la expresión "normal" para referirnos a la muerte de ningún niño por ninguna causa en ningún punto de la provincia, porque de alguna manera utilizar esta palabra podría implicar la idea de que uno debe resignarse ante lo normal o lo habitual, de manera que, empezando por el final, no es normal que ningún niño muera en ningún lugar de Río Negro, ahora, si mueren niños en Río Negro, en el país y en el mundo, mueren por causas diversas.

En este caso particular de las neumopatías, quiero ser muy cuidadoso y me van a disculpar -yo sé que esto se está haciendo extenso pero voy a ser textual- porque para serle franco, señor presidente, todos los temas planteados, algunos tienen más o menos ingredientes políticos pero éste es el que me parece más sensible a la carga emotiva de este asunto. Vamos a empezar hablando un poquito de qué son las infecciones respiratorias agudas, que en definitiva de esto se trata, para después plantear concretamente qué pasó en Regina porque en algún momento se planteó públicamente una especie de brote o epidemia, de muertes por neumonía, al oído nuestro llegó la presunción de siete muertes por neumonía en un lapso de una semana, diez o veinte días y esto realmente hubiera sido terrible, los datos de la realidad no son estos, lo cual no implica que sea menos preocupante, o sea, es menos preocupante que sean dos a que sean siete pero no deja de preocuparnos ninguna muerte y esto lo quiero recalcar permanentemente porque en esta formulación de la pregunta no quiero que trasunte la idea de que el Consejo de Salud Pública acepta como normalidad estas situaciones, bajo ninguna circunstancia.

Las infecciones respiratorias agudas son uno de los principales problemas de salud que afectan especialmente a los niños menores de 5 años en América, como dato, alrededor de 150.000 chicos menores de 5 años de los países americanos mueren por neumonía, que es la responsable del 80 al 90 por ciento de las muertes por infecciones respiratorias agudas. Por supuesto, estas muertes ocurren fundamentalmente en los países menos desarrollados de la región, de las Américas, que concentran cerca del 90 por ciento de las muertes por neumonía. Lo que estoy leyendo es un informe de la OPS, de la Organización Panamericana de la Salud.

Mientras en los países desarrollados la mortalidad por neumonía ha registrado una marcada tendencia a estabilizarse o descender, la tendencia al descenso de la tasa de mortalidad por neumonía en los países en desarrollo registra valores mucho menores. Estas infecciones representan en muchos países de la región una de las principales causas de hospitalización.

Aún cuando no existe información cuantitativa en los países de América, algunas infecciones agudas de las vías aéreas superiores como la otitis y la faringitis estreptocócica, son causantes de secuelas graves en los niños.

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta de niños menores de 5 años a los servicios de salud del primer nivel de atención, especialmente en invierno, en donde pueden llegar a ser entre el 40 y el 60 por ciento de las consultas, pero hay algo que agrava la situación todavía y es que el tratamiento de estas infecciones también es la principal causa de administración de antibióticos a los niños menores de 5 años, la mayoría de los cuales son innecesarios y hasta perjudiciales por sus efectos colaterales y el incremento de la resistencia bacteriana. Mientras el 80 por ciento de los casos de infecciones respiratorias agudas que consultan a los centros de salud no requieren el uso de antibióticos para su tratamiento, porque son enfermedades de corta duración y curación espontánea, se estima que entre un 50 y un 90 por ciento de los casos que consultan reciben antibióticos en los servicios de salud. Además del uso inapropiado de antibióticos, estas infecciones son causa frecuente de administración de remedios para la tos y el resfriado, que lejos de ser inofensivos e inocuos pueden tener componentes que los hacen potencialmente peligrosos para la salud del niño, además de ser caros e ineficientes.

De manera que el tema de las infecciones respiratorias agudas, en América por lo menos, se caracteriza por su importancia como causa de mortalidad, de hospitalización, como origen de secuelas graves, como generador de gran cantidad de consultas y de un importante uso inapropiado de los antibióticos y de uso inadecuado de otros medicamentos en general, particularmente para tos y resfríos.

La Asociación Americana del Pulmón -y volvemos a buscar referencias extra Río Negro y extra país, para situarnos en el tema- dice que la neumonía es una importante causa de morbilidad y mortalidad en los Estados Unidos; en 1994 se han estimado unos 4.2 millones de casos de neumonía, que significaron 64 millones de días de actividad restringida y 40 millones de días/cama hospitalarios. En 1993, el costo de la neumonía fue estimado en 7.8 billones de dólares en los Estados Unidos. Ello incluye 1.7 billones en costos directos de atención médica y 6.1 billones en daños indirectos causados por la enfermedad y las muertes ocurridas. Aproximadamente el 50 por ciento de las neumonías son causadas por virus y tienden a resultar en formas clínicas menos severas que las bacterianas. Los neumococos, que son una causa bacteriana, pueden causar serias infecciones en los pulmones, la sangre, las meninges y otras partes del cuerpo. Esto es importante porque después vamos a hacer referencia a algún caso clínico que se presentó en Villa Regina.

La neumonía neumocócica produce el 50 por ciento de las neumonías adquiridas en la comunidad y se estiman en 40.000 las muertes anuales que produce en los Estados Unidos. Esto lo hemos traído a colación para tener una idea de que la neumonía existe en el mundo y existe en el mundo desarrollado también.

En Río Negro en el año 1995, último período del cual se cuenta con datos de estadísticas vitales completamente procesados -esto era hasta hace unos pocos días, el viernes recibimos el diskette de Estadísticas y Censos con la información del 96, pero fue muy reciente- la neumonía como causa de mortalidad en menores de 1 año y en niños de 1 a 4 años, ocupó el quinto lugar en ambos grupos, descendiendo en la lista con respecto a los 2 años anteriores. En una serie histórica, desde 1993 a 1995, la provincia de Río Negro disminuyó de un 1,75 a un 0,4 su participación porcentual en el total de muertes por neumonía ocurridas en el país en menores de 1 año. Asimismo, disminuyó en igual período desde un 2,1 a un 0,5 su participación porcentual en el total de muertes por neumonía ocurridas en Argentina en niños de 1 a 4 años de edad. Asimismo, el porcentaje de muertes por neumonía respecto del total de las muertes provinciales cayó desde un 5,3 a un 1,6 en menores de un año y de un 11,1 a un 2,6 en niños de 1 a 4 años.

Reducir la mortalidad por esta patología es el objetivo principal del programa de control de infecciones respiratorias agudas. Este objetivo se relaciona directamente con: El tratamiento standard de casos, que incluye la educación a la madre y el uso apropiado de antibióticos; la inmunización contra el sarampión y la tos convulsa, responsables aproximadamente del 15 por ciento de estos fallecimientos y la reducción de factores de riesgo, tales como el bajo peso al nacer, la desnutrición, la interrupción precoz de la lactancia materna, la contaminación del aire interior de los hogares y la exposición al frío excesivo o los enfriamientos. Estas acciones contribuyen a reducir la

incidencia y la gravedad de los casos con la consiguiente reducción de la mortalidad por la enfermedad. Los niños menores de 5 años que fallecieron por esta patología, en Río Negro estamos hablando, oscilaron entre 7 y 4 en los últimos tres años, con una reducción superior al 50 por ciento en relación a la incidencia de 1993 cuando la cantidad de muertes por neumonía fue de 16. El conocimiento científico actual, el desarrollo tecnológico y de los sistemas de comunicación hacen que muchos fenómenos del proceso de enfermedad puedan predecirse, reducirse o evitarse, estando lejos de pensar que las muertes por neumonías puedan considerarse normales, en todo caso es estadísticamente probable que ocurra cierto número de esas muertes o puedan evitarse algunas de ellas con las acciones descriptas reduciendo su magnitud en la población. Según la información disponible, las muertes por neumonía en menores de un año y en niños de 1 a 4 años ha tenido una distribución errática, por lo cual las tres muertes por neumonía ocurridas en agosto del corriente año en Villa Regina en menores de 5 años, que son un bebé de cuatro meses, otro de dos meses y doce días y un niño de 18 meses de edad, además de ser investigados localmente los factores intervinientes puede que sean parte de los casos esperados estadísticamente para la provincia, aunque no deseable y sí reducibles desde el punto de vista socio-sanitario. A la fecha no tenemos registradas otras ocurridas en la provincia de Río Negro.

En el caso concreto de las muertes en Villa Regina durante el mes de agosto de 1997, el hospital registró un total de siete defunciones, de las cuales sólo en tres -que son las tres que mencioné recién- se registra neumonía en el diagnóstico de muerte o de egreso, perdón.

En el caso concreto de un paciente de dieciocho meses de sexo masculino, egresó con un diagnóstico de neumonía lobar derecha y en el caso de otro paciente masculino de cuatro meses egresó con diagnóstico de neumonía lobar y miocarditis, que esto es una complicación por la diseminación de gérmenes en la sangre que afecta el corazón. El primero que leí falleció el 26 de agosto y el segundo falleció el 24 de agosto. El tercer caso es en realidad un chico que ingresó muerto al hospital por guardia y se consigna el diagnóstico presuntivo de egreso de Síndrome Bronquiolítico y Neumonía porque había antecedentes de que este chico había sido atendido dado que lo había llevado la madre, en centros periféricos y en consultorios externos del hospital por una infección respiratoria aguda, pero de este egreso no hay datos clínicos porque no estuvo internado, ingresó fallecido por guardia.

Nosotros tenemos acá un muy breve resumen de la historia clínica pero creo que no tiene mayor importancia, si es necesario lo leemos, pero quiero señalar también que más allá de las acciones judiciales que por lo menos en uno de los casos se ha iniciado, el Consejo ordenó una auditoría técnica por parte de la Dirección de Maternidad e Infancia que tiene bajo su ámbito el tema de las infecciones respiratorias agudas para establecer las responsabilidades técnicas que pudieran haber en esto, y en este sentido el contenido de historias clínicas y demás es algo que nosotros tenemos que manejar bajo el secreto que impone la ley, digamos, no podría yo relatar acá el contenido de historia clínica. Redondeando esta situación, no es normal ninguna de las muertes, no estamos en una situación en que el número de muertes por esta patología en la provincia haya aumentado respecto de años anteriores, al contrario, sigue bajo, no son siete las muertes como en algún momento se dijo, son dos y una tercera que nosotros la consideramos como tal ante la duda, obviamente es un hecho que no podemos aceptar y no podemos tomar como normalidad, lo que hemos hecho nosotros es iniciar una investigación paralela inclusive a una causa judicial que tenemos entendido se inició por lo menos en uno de los casos.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - El hospital de Villa Regina es un hospital, yo no sé si llamarlo obsoleto pero de fallas graves en su funcionamiento, en su infraestructura, en sus sanitarios. Creo que tiene que ser redimensionado o refundado nuevamente ese hospital porque entendemos que ya no cumple la función como hospital cabecera de una zona sanitaria que abarca varias localidades importantes del valle. Yo le voy a hacer dos preguntas al doctor referidas a estos temas. El ha respondido por la muerte de los niños, yo le voy a preguntar si considera Salud Pública suficiente el plantel de pediatras que hoy tiene el hospital de Villa Regina y otra pregunta que tenía pero él

ha contestado que no lo puede decir, cuál es el resultado de la auditoría porque no se sabe el resultado hasta hoy de la auditoría, si es por las razones que él ha enumerado me parece correcto que no se difundan en un ámbito público hasta tanto no se determinen las causales que está en este momento la auditoría responsable llevando a cabo. Por ahora son esas solamente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Pascual.

SR. PASCUAL - Voy a agregar una tercera pregunta para que el secretario me responda, si las características arquitectónicas tienen algo que ver con las muertes, por favor.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Gracias, señor presidente. En primer lugar, creo que relacionado con la cuestión de la infraestructura edilicia, se relaciona tanto la primera pregunta del legislador Barros como la del señor legislador Pascual. El actual hospital de Villa Regina debe ser radiado de funcionamiento, en virtud de que estamos a un punto de terminar la obra iniciada del nuevo hospital de Villa Regina. En el punto específico donde se nos pregunta por las obras de infraestructura en salud, nosotros tenemos una explicación detallada de cómo se ha destrabado a instancias de diversas gestiones del gobierno provincial esta obra que en definitiva, esperamos los primeros meses del año que viene tenerla terminada totalmente, entregada, y esto permitiría salir del actual hospital que evidentemente -y en esto vuelvo a coincidir con el legislador Barros- no reúne condiciones de infraestructura lógica, sobre todo teniendo un edificio nuevo al lado.

En cuanto a si estas características arquitectónicas tienen que ver con la neumonía, nosotros opinamos que no. Digamos, en algún punto de lo que yo leí se habló de neumonías adquiridas en la comunidad y esto es porque hay una diferencia entre las neumonías intrahospitalarias y las neumonías adquiridas en la comunidad. Las intrahospitalarias son aquellas que surgen como complicación en pacientes internados, fundamentalmente chicos desnutridos, deshidratados, que como una complicación de su internación, habitualmente internados por una de estas dos causas, hacen infecciones respiratorias muy graves y la neumonía intrahospitalaria tiene una mortalidad inclusive mayor que la adquirida en la comunidad; en esta infección intrahospitalaria como en otras, tiene muchísimo que ver las condiciones del ambiente edilicio y la infraestructura. Pero en ninguno de los tres casos que estamos tratando se han dado estas situaciones, estos son típicamente tres casos de neumonía adquirida en la comunidad, seguramente neumonías neumocóccicas, por lo menos dos de ellas, y que no guardarían ninguna relación con esta cuestión arquitectónica.

Respecto a la auditoría de esta situación, yo pediría o eventualmente me pongo, por supuesto, a disposición de la Cámara, del bloque o del legislador, lo que corresponda, para que podamos avanzar en esto que está en etapa de revisión y es un tema bastante complicado.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más preguntas pasamos a...

SR. BARROS - Faltó la respuesta sobre el plantel de pediatras, pero ya que estoy en el uso de la palabra, quería decirle al legislador Pascual, que sé que es irónico, hizo una pregunta irónica, que si bien en este caso de neumonía no es una razón de la arquitectura pero sí en el caso de muerte porque en un hospital tan vetusto como es el de Villa Regina

-como dijo el doctor Vilosio- pueden haber infecciones intrahospitalarias porque ya están obsoletas muchas de las instalaciones y muchas de las muertes ocurren por esa configuración vieja de los hospitales.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En primer lugar voy a responder la pregunta pendiente del legislador, respecto a si es suficiente el número de pediatras. Nosotros consideramos que no, que no es suficiente, que tenemos que reforzar el servicio de pediatría, esto es así, de hecho tenemos disponibilidad para designar más médicos pediatras. Pero el tema de la atención pediátrica no es el único determinante en esto, debido a que nosotros tenemos una estructura de primer nivel de atención con médicos generalistas y en Regina tenemos algunos generalistas con buena formación, inclusive de post-grado y en la estrategia en particular del control de las enfermedades respiratorias agudas, a lo que se apunta es a la atención temprana en el primer nivel, con médicos generalistas o aún más, con agentes sanitarios y enfermeras que es donde las medidas de prevención tienen mayor trascendencia, mayor relevancia y mayor impacto, digamos.

63/1

Por otro lado, quisiera poder aportar un poco a este planteo respecto a las causas de muerte en el hospital de Villa Regina; tengo aquí la lista de las siete muertes producidas en el mes de agosto y quisiera decir que afortunadamente ninguna de éstas es atribuible a infecciones intrahospitalarias. Murió una señorita de 15 años por una neoplasia, un feto con un creatinismo, es decir, un hipertiroidismo congénito, un feto muerto y retenido de 24 semanas que lo consideramos una defunción y un recién nacido con 30 semanas con una inmadurez respiratoria además de las tres muertes por neumonía referidas; creo que estos son datos que pueden ilustrar sobre el tema de las muertes.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más preguntas vamos a pasar al tratamiento del punto 6 del cuestionario. Se cumple con regularidad el servicio médico de la localidad de Río Chico y del paraje Chacay Huarruca?

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Río Chico es una localidad que está bien diferenciada -digamos- para nosotros en la zona urbana y en la zona rural; el área urbana de Río Chico está a 60 kilómetros de Ñorquinco, por lo cual integra el Area Programa Ñorquinco. En Río Chico hay un Puesto Sanitario de Salud Pública que tiene un consultorio, una sala de espera, una vivienda para el personal a cargo del mismo y recibe atención odontológica desde Ñorquinco, atención que se realiza en el puesto policial de Río Chico, que tiene instalado el sillón odontológico correspondiente. Allí se desempeñan en forma permanente 2 auxiliares de enfermería y 2 agentes sanitarios, uno cubre la ronda urbana y el otro la rural. Mantienen comunicación radial con Ñorquinco y cuentan para su movilidad con una bicicleta para la ronda urbana y una motocicleta de 125 centímetros cúbicos propiedad del Consejo de Salud Pública para la ronda rural. Desde Ñorquinco se cubre a este puesto sanitario en forma rutinaria la visita programada médico-odontológica una vez por mes. Esto es lo que tienen programado. Por ejemplo, en julio de este año se atendieron 30 consultas médicas y 28 odontológicas, contabilizando los pacientes de Río Chico y Cerro Mesa que se acercaron.

Salud Pública tiene censado en Río Chico 109 viviendas y tiene categorizado con criterio de riesgo a cada grupo familiar, tomando el criterio de riesgo en función de parámetros tales como la presencia de desnutrición, alcoholismo, carencia de agua potable, familia numerosa, en fin, los parámetros habituales de riesgo; tenemos caracterizadas en Río Chico urbano: 28 familias de alto riesgo; 39 de mediano riesgo; 42 de bajo riesgo; familias de alto riesgo con vivienda precaria, 20; de mediano riesgo con vivienda precaria, 4; familias sin vivienda que habitan otra casa, 3; tenemos 7 niños desnutridos bajo control y no tenemos ninguna embarazada desnutrida.

En oportunidad de la última campaña nacional de vacunación antisarampionosa se cubrió el 120 por ciento de la población infantil estimada para el programa y en el Programa Materno Infantil justamente tenemos control de niños sanos de cero a seis años, 82 chicos bajo programa y control periódico.

La zona rural de Río Chico incluye los parajes: Río Chico Abajo, que está a 27 kilómetros, Cerro Mesa a 20

kilómetros, Aguada El Colorado a 27 y Fita Ruin Chico a 35. En toda esta zona rural tenemos censadas 81 viviendas. De éstas tenemos 6 grupos familiares en alto riesgo, 64 en mediano riesgo y 11 en bajo riesgo. Tenemos 3 chicos desnutridos bajo control y no tenemos ninguna embarazada desnutrida detectada.

64/1

El total de niños sanos bajo control del Programa Materno Infantil es de 30.

En la segunda ronda de desparasitación canina que se realizó a mediados de este año se desparasitaron 120 perros, esto implicó el 98 por ciento de cobertura de la población canina que está estimada en Río Chico abajo; en Cerro Mesa y en Aguada Colorado se desparasitaron 48 perros, esto es el 96 por ciento de la cobertura esperada.

El paraje Chacay Huarruca está ubicado a 36 kilómetros de Ñorquinco, es un paraje de atención rural, -para nosotros- no tiene radio urbano definido y es lindante con Chenquenyeyu, por lo cual se atienden en forma simultánea. Ahí hay un Puesto Sanitario que tiene un consultorio, una sala de espera y un ambiente destinado a vivienda del agente sanitario que reside allí en forma permanente. La ronda sanitaria y el recorrido domiciliario se realiza a caballo y hay comunicación radial vía VHF, que está ubicado en la Escuela de Chacay Huarruca, lindante con el Puesto Sanitario. Se ha solicitado y dispuesto la compra de un nuevo equipo de radio que permita optimizar la comunicación con el hospital de Ñorquinco para facilitar el acceso las veinticuatro horas al equipo VHF. Se cubre también aquí, en Chacay Huarruca, una visita mensual programada que se combina con la atención en Paraje Chenquenyeyu, a 15 kilómetros, en domicilios particulares en este último lugar. En julio de 1997 se atendieron 25 consultas médicas y 14 consultas odontológicas. Hay censadas 33 viviendas, de las cuales se consideran en alto riesgo a 6 y las otras 27 en mediano riesgo. No existen niños desnutridos bajo control, ni embarazadas. En Chenquenyeyu se visitan 5 viviendas, todas de bajo riesgo. En la campaña de vacunación antisarampionosa de mayo se cubrió el 120 por ciento de la población infantil esperada. El total de niños sanos bajo control es de 16. Durante la segunda ronda de desparasitación canina de este año, entre Chacay Huarruca y Chenquenyeyu se desparasitaron 109 perros, esto es una cobertura del 91 por ciento.

En resumen, creemos, señor presidente, que estos datos muestran la actividad, la acción de Salud Pública en el área y en nuestra opinión, la cobertura sanitaria y el servicio de salud se está dando en las dos áreas referidas. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Estas localidades se tomaron como un parámetro de lo que pasa en la Línea Sur; lo que pasa en Río Chico, en Chacay Huarruca, es lo que puede pasar en El Cuy, en Mengué, en la Esperanza, en Clemente Onelli, en El Caín, son todos parajes que tienen una pequeña población urbana y diseminada una población rural más importante y que cuentan solamente con una atención precaria, un pequeño lugar; en algunos lugares decía el doctor que se tienen que atender en una escuela o en el puesto policial y creo que no son los parámetros de 1997 que deberíamos tener en la región sur, porque ya leí en un punto anterior lo que piensa de la región sur y cuando el doctor hacía hincapié en que yo no había estado en esa reunión, si realmente no estuve fue porque obligaciones en Viedma no me permitieron ir, pero estoy enterado a través de

las actas de lo que se habló en esa oportunidad, lo que me da lugar para decir lo que estoy manifestando en este momento, además conozco perfectamente lo que él dijo ese día en Comallo, que se comprometió con el Ente de la Línea Sur a dar una respuesta al diagnóstico la semana próxima y ha pasado más de un mes y medio, pero por ahí los tiempos de la salud -como dijo antes- no son los del calendario, pero reconozco que habrá sido porque no ha tenido tiempo, no por falta de responsabilidad de él seguramente, donde se comprometió también a que un profesional sanitarista trabaje en esta problemática de la salud de la región sur porque sabemos que esta zona, que es aproximadamente el sesenta por ciento de la geografía de la provincia, es muy importante y siempre desde el oficialismo o desde la oposición quisiéramos darle respuesta, aunque a veces son débiles las soluciones que podemos darle a esta gente pero bueno, algunos estamos comprometidos en este tema e intentamos defender a la región sur.

A mí no me satisfacen las respuestas del doctor Vilosio; en esa oportunidad dijo que la región sur está mal pero desde hoy va a estar mejor y que ya está en plena mejoría, y no es así. Le voy a hacer una pregunta concreta, que creo que no contestó: El médico, el profesional que llega a esos parajes, con qué periodicidad lo hace, si lo hace o no lo hace y qué tipo de especialidad tiene.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Cuando vi el punto sobre el análisis del servicio médico en estas localidades, en realidad en estos parajes, no pensé que el legislador interpelante lo había hecho con la finalidad de tomarlo como un muestreo de la forma de atención en la región sur.

Entendiendo ahora la intención del señor legislador, le manifiesto que desde el punto de vista de los criterios internacionales, de la estrategia de atención primaria de la salud, este detallado informe que ha brindado el secretario de Estado es exactamente la aplicación de las recomendaciones de los organismos internacionales, léase Oficina Panamericana Sanitaria, Organización Mundial de la Salud para las regiones rurales y parajes con población dispersa; es decir, no es ni se aconseja prescindir de la atención porque no se tenga dónde hacerlo, al contrario, se utiliza la estrategia de la atención primaria que consiste en la intersectorialidad, en utilizar la escuela, al maestro como colaborador, a la comunidad como promotora de la salud en el lugar. Aparte me parece, para no extenderme, que los datos con que se cuenta reflejan que la cobertura de salud es realmente satisfactoria. Entonces yo quisiera hacerle una pregunta al doctor Vilosio, si en los lugares como éste o similares a éste, con este tipo de abordaje y de estrategia que es la atención primaria de la salud, con visitas programadas y visitas de agentes sanitarios, comunicación por radio, etcétera, si ellos en el Consejo tienen algún estudio comparativo sobre si hay un desequilibrio muy fuerte en cuanto a mortalidad o mortalidad infantil en estos parajes versus en ciudades con hospitales de mayor envergadura, tipo Bariloche, Roca, Viedma, etcétera.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Contestando a la primera pregunta, la visita es mensual; es un médico generalista el que cubre el área programa Ñorquinco y es el que visita estos parajes.

Yo quisiera hacer un agregado. El legislador dio ejemplo de varias localidades, entre ellas nombró El Cuy, que es un lugar bastante distinto en el tipo de oferta sanitaria que dispone. Ahí hay dos médicos permanentes, con otro esquema de morbilidad y demás. Nosotros las tenemos bien diferenciadas, no tienen todas las zonas el mismo tratamiento.

Por otro lado, respecto a los compromisos asumidos con el Ente de Desarrollo de la Región Sur, quiero decir, no soy quién para opinar sobre que la línea sur esté en plena mejoría, sobre lo único que puedo opinar es sobre el tema que conozco o creo conocer seguramente, que es el tema de la salud en la provincia, no me atrevería a hacer un diagnóstico sobre cuál es la mejoría o la peoría de la línea sur, como primera cosa.

Como segunda cosa, lo que comprometimos en la reunión con el Ente de Desarrollo fue dar respuesta a una serie de reclamos, la respuesta absolutamente se dio, probablemente no fue a la semana siguiente, probablemente fueron diez días después pero no está pendiente de darse, lo que pasa es que ha sido dada a la presidencia del Ente que es donde corresponde. Nosotros remitimos la respuesta a los pedidos puntuales de recurso humano, de equipamiento, de vehículos, que eran los temas que estaban en danza y de pequeñas obras de refacción o ampliación que en algunas localidades se estaban reclamando y a su vez concertamos un esquema de obra con la Secretaría de Estado de Obras Públicas de la provincia. Quería simplemente aclarar estos puntos.

Respecto a las diferencias de mortalidad entre hospitales con gran complejidad y esquemas de atención primaria en áreas rurales dispersas, la experiencia que hay es que cuando se consolida una red de atención primaria estable, los indicadores de mortalidad son menores, en tanto el sector salud se articula fundamentalmente en la resolución de la problemática social y los grandes hospitales concentran la alta mortalidad de la complejidad y de la situación bastante más complicada como es el desarrollo materno infantil en zonas urbanas, que es una problemática especial, concretamente, en áreas como en ésta, los indicadores de mortalidad son menores porque además esta estrategia permite un control y un seguimiento niño a niño. De los datos que di hoy, podría darles los nombres de los niños, cosa que sería muy difícil tenerlo como un padrón actualizado en localidades de mayor tamaño o en hospitales de mayor complejidad. En este caso, para serle absolutamente franco, la gente del hospital de Ñorquinco conoce a los pacientes por el nombre, el apellido, dónde viven, cómo están, cuándo los ubican y demás y esto facilita muchísimo el perfil de la actividad de salud.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más preguntas, pasamos a considerar el punto 7 "Situación de la deuda que el IPROSS mantiene con hospitales y con el Consejo".

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En este tema vamos a hacer referencia a cómo es la relación contractual, creo que esa es la palabra o convenimal, no sé, son convenios, no contratos, con la obra social provincial.

Nosotros tenemos tres convenios establecidos con el IPROSS: Uno se refiere a la facturación mensual que los hospitales elevan al IPROSS por prestaciones realizadas a beneficiarios de la obra social en los hospitales públicos. Es un sistema de pago por prestación donde hemos convenido aranceles, los hospitales facturan como a cualquier obra social.

Otro convenio se refiere a un sistema de pago capitado que está exclusivamente dirigido a los hospitales de la región sur, en función de que el pago capitado en estas circunstancias tiene varias ventajas, entre ellas, es mucho más sencillo porque se evitan las tramitaciones de facturación que para hospitales de este tamaño son bastante complejas y por otro lado, nuestros hospitales son únicos prestadores en la región, con lo cual el IPROSS no tiene problemas de terminar pagando dos veces la misma prestación.

Hay un tercer convenio que nos relaciona desde este punto de vista con el IPROSS. Es un convenio por el cual el Instituto se hace cargo de las prestaciones de hemodiálisis crónica a pacientes de salud pública, es decir, pacientes sin cobertura de obra social y sin recursos económicos; IPROSS negocia con los prestadores los precios y las modalidades prestacionales correspondientes, paga la atención de nuestros pacientes y el mecanismo es que, o nosotros le pagamos al IPROSS después lo que el IPROSS pagó ó -y esto es lo que se está haciendo desde hace dos o tres años- hacemos una compensación de deudas.

Yo entiendo que la inquietud de los legisladores en este punto ha sido porque hay casi una historia folklórica de deudas mantenidas desde el IPROSS con los hospitales públicos rionegrinos, inclusive los que en algún momento tuvimos la tarea de pasar por las funciones del IPROSS, hemos sido parte de esta crónica deuda con el hospital rionegrino. Sin embargo es muy relevante que durante el año 1997 el IPROSS se puso al día con los pagos correspondientes, tanto a las cápitas, prácticamente en un 100 por ciento como a la facturación por prestaciones.

Yo voy a intentar -bueno, ese cuadro es medio inexplicable- resumir algunos cuadritos que muestran cómo el IPROSS en el año 1997 transfirió en números totales a los hospitales, pagó a los hospitales, 693.901 pesos en concepto de pago de las facturaciones recibidas y el pago de las cápitras.

En principio, del convenio de pago por facturación, al 31 de diciembre de 1996, el IPROSS le debía a Salud Pública 905.077 pesos, esta es la deuda histórica a la que nosotros hacemos referencia. Durante 1997 los hospitales facturaron por valor de 270.832 pesos y el IPROSS pagó por este carácter, por facturación de 1997, 197.975 pesos, esto como primera cosa, después vamos a ver qué pasa con el saldo.

En cuanto a las cápitras hospitalarias el IPROSS le estaba debiendo en concepto de cápitras a Salud Pública, al 31 de diciembre de 1996, 1.248.451 pesos. En 1997 correspondía pagar 352.549 pesos en concepto de cápitras y el IPROSS pagó 351.488, con lo cual ha saldado prácticamente los pagos correspondientes a 1997, también quedó un saldo que ahora vamos a ver cómo lo tratamos.

Las deudas que se han compensado con el IPROSS, deudas cruzadas, lo que nosotros le debíamos a ellos por hemodiálisis y lo que el IPROSS nos debe a nosotros por atención de sus pacientes, se distribuyen de la siguiente manera: A favor del IPROSS, por facturas de hemodiálisis abonadas por IPROSS hasta el 31 de diciembre de 1996, había 1.931.684, más las facturas de hemodiálisis abonadas desde enero hasta agosto de 1997. Todo esto sumaba 2.647.364 pesos a favor del IPROSS pero como el IPROSS pagó 1.248.451 pesos por cápitras hospitalarias, más 905.077.020... perdón, el IPROSS nos debe 905.077 pesos. En definitiva, estamos entrando en la situación inversa donde la deuda no es a favor de Salud Pública sino que va a ser a favor del IPROSS, ya en los próximos días le vamos a estar debiendo 493 mil pesos nosotros al IPROSS, ahora hay deuda histórica de antes del 31 de diciembre porque lo que el IPROSS ha pagado es lo que corresponde al año 1997. Acá hay un cuadro que está en el informe escrito que es largo para describirlo, yo le pido disculpas si no soy claro con los números, pero acá tenemos un cuadro donde está detallado cómo se compensó la deuda del IPROSS por facturación a cada hospital los saldos al 31 de diciembre y la compensación hecha hospital por hospital, por un monto total de 905.077 pesos y en el cuadro siguiente cómo está compensada la deuda del IPROSS por cápitras, por un monto total de 1.248.451 pesos. En definitiva, tomando el saldo al 31 de diciembre y haciendo la compensación al 30 de setiembre de este año, Salud va a deber o debe ya en estos días, aunque me cueste reconocerlo, 493.835 pesos y las prestaciones y la cápita de 1997, IPROSS le debe a Salud todavía 130 mil que no fue incluido en la compensación porque ese dinero se estimó tanto en un acuerdo entre Salud Pública y el IPROSS que es necesario que entre en efectivo en los hospitales.

Le pido disculpas, señor presidente, si he sido confuso con los números pero esto está todo graficado en las tablas.

68/1

Perdón, quisiera agregar -esto es nuevo, no está en el informe- que la semana pasada, el I.PRO.S.S., de este mes pagó 20.550 pesos más, que era una facturación que estaba demorada en el trámite y que corresponde a hospitales de la II Zona Sanitaria; concretamente giró 1.086 pesos a Chimpay, 13.740 pesos a Choele Choel, 530 a Darwin, 900 a Lamarque, 2.492 a Luis Beltrán y 1.799 a Río Colorado. Gracias, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - En consideración el punto 7.

Hay alguna inquietud?

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Para completar el informe que dio el doctor Vilosio, me ha acercado la contadora Marban un escrito -por un pedido que hicimos- y la deuda del I.PRO.S.S. con los distintos hospitales al 30 de setiembre de 1997 es de 133 mil pesos y por cápita 46 mil pesos. Creo que esto no debería traducirse en pagos extraordinarios sino normalizarse, porque si al hospital de Viedma, por ejemplo, se le deben 42 mil pesos, yo creo que eso afecta el fondo que tiene que manejar la dirección de ese hospital para la prestación normal de su servicio de salud.

Señor presidente: Como el doctor Vilosio recién nombró la compensación por hemodiálisis, me gustaría que me diga cuánto Salud Pública le cobra al I.PRO.S.S. la hemodiálisis y si hay un convenio firmado.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Obviamente, lo que nosotros estamos describiendo es una situación en la cual el I.PRO.S.S. ha empezado por ponerse al día con las acreencias generales de Salud correspondientes al año 1997, hay que verlas en el marco de lo que significa normalizar la situación financiera. No hay ninguna duda que nosotros somos los primeros interesados -y cuando digo nosotros, digo Salud Pública e I.PRO.S.S.- en normalizar este vínculo. Para el I.PRO.S.S., los hospitales públicos son prestadores realmente interesantes, importantes y estratégicamente muy valiosos, y para nosotros el recurso que se genera a través de la facturación a dicho organismo es fundamental y estamos muy contentos de poder mostrar hoy estas cifras porque significa que realmente la situación tiende a normalizarse; hoy ya tenemos prácticamente todo un año de funcionamiento al día y por supuesto nos queda avanzar y resolver esta deuda previa al 31 de diciembre, pero éste es el espíritu, sin ninguna duda, normalizarlo.

Respecto a la segunda pregunta, si no entendí mal, señor presidente, existe un convenio formal con el I.PRO.S.S. que nos relaciona a través del tema de hemodiálisis firmado en mayo del '83, en un momento en que el instituto estaba renegociando los valores con los prestadores privados de hemodiálisis de la provincia; por supuesto negociaba en mucha mejor condición si en vez de 40 ó 45 pacientes mensuales lo hacía por 80 u 80 y pico, que es el nivel que más o menos se mantiene y a los prestadores les interesaba unificar el pago en un solo agente de pago como era ese organismo, que en ese momento todavía manejaba mejores condiciones de pago que Salud Pública, de manera que este convenio se hizo con el acuerdo de las partes y se formalizó así, los valores que paga el

I.PRO.S.S. y en base a los cuales compensa con nosotros son los valores que acuerda con prestadores en esta negociación multilateral que se hacía en un momento y que ahora, si no me equivoco, es algo así como 120 pesos la sesión, que incluye exclusivamente la hemodiálisis, sin una serie de medicamentos que se agregan, como la Eritropoyetina que es bastante cara, ni los traslados que es otro componente que suele meterse en los módulos de hemodiálisis, pero en este momento además, el instituto está en tren de renegociar todos estos valores contractuales.

69/1

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Pasamos al punto número ocho del cuestionario que dice: Monto y detalle de los contratos celebrados por Salud Pública y servicios privados de salud, provinciales y nacionales.

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Nosotros distinguimos dos tipos de convenios, -para agruparlos de alguna manera- los que tenemos establecidos con instituciones o con grupos profesionales, provinciales y nacionales, y los convenios o contratos que tenemos con prestadores individuales porque tienen algunas características formales y contractuales bien distintas, pero en principio lo que queremos decir es que el origen de estos convenios que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo -y ahora vamos a ver algunas fechas- es fundamentalmente permitir a nuestros usuarios del sistema público que tengan acceso a servicios o a infraestructura que por distintos motivos -en cada caso hay un motivo distinto- no están disponibles en el subsector público directamente, de manera que cuando necesitamos algo que no tenemos lo contratamos fuera del sector público; en algunos casos lo hacíamos porque no teníamos más remedio que hacerlo, en otros casos lo hacemos porque es racional -digamos- no duplicar estructura o no generar dos esquemas paralelos entre público y privado porque, señor presidente, nosotros compartimos la idea -que no es una idea caprichosa- de que el gasto en salud es uno solo, se gaste en público o se gaste en privado, porque en definitiva es el gasto de los rionegrinos.

En cuanto a los convenios institucionales, voy a pasar revista a los que tenemos vigente actualmente: Un convenio con el Servicio de Radiología de la Clínica Lourdes firmado en mayo de 1990 que se refiere a prestaciones radiológicas en el hospital de Sierra Grande. Actualmente este convenio va a ser rescindido a la brevedad porque ya está el equipo de rayos nuevo para dicha localidad que va a permitir suplir esta carencia que tuvo el hospital durante varios años, fijese que fue firmado en el '90. En segundo lugar, un convenio de reciprocidad entre I.PRO.S.S. y Salud Pública, -es uno de los convenios a los que hacíamos referencia recién- que es el pago capitado de las prestaciones que se firmó el primero de julio de 1992 y se modificó -se modificaron los montos- en enero de 1993. Hay un convenio de Cláusulas Adicionales con el I.PRO.S.S. que extiende el acuerdo sobre prestaciones hospitalarias a afiliados de dicho instituto en el resto de la provincia a través de pago por prestación; también hacíamos referencia a esto. Está el convenio de prestaciones de hemodiálisis entre Salud Pública e I.PRO.S.S. -del cual recién hablábamos- que se firmó en mayo de 1993. Este convenio establece los valores de pago por prestación y unifica ante los prestadores el pago de Salud Pública y de la Obra Social en conjunto. Hay un convenio con la Fundación de Medicina Intervencionista y Cáncer -FUMIC- que data de marzo de 1991, modificado en agosto del mismo año y ampliado en noviembre de 1996, que se refiere a prácticas de diagnóstico por imágenes y tratamiento oncológico que brinda la Fundación a través de una modalidad de pago por prestación. Tenemos en el marco de ese convenio un contrato de Locación de Servicios para el uso de la Casa de la Salud y un Contrato de Comodato que ha sido renovado en enero de 1996 para uso de la infraestructura que utiliza FUMIC en la localidad de General Roca, que es propiedad original del Consejo de Salud Pública.

Existe también un Convenio con la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén que se firmó en octubre de 1993 y abarca prácticas de diagnóstico por imágenes de alta y baja complejidad y tratamiento oncológico a través de un sistema de pago capitado. Tenemos un convenio entre Salud Pública y el Sanatorio Juan XXIII de la localidad de General Roca, que es de enero de 1996 donde se acuerdan prestaciones médico-asistenciales a través de pago por prestación.

Existe un convenio de reciprocidad entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Gobierno de provincia de Río Negro, firmado en septiembre de 1996, en el cual se acuerda la prestación asistencial en el Hospital Penna de Bahía Blanca, con pago por prestación. Y existe un convenio con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Fundación Favalaro, aprobado por resolución número 4536 de octubre de 1996, donde se aprueban los requisitos para ingreso de pacientes, sin costo para la provincia, dándoseles cobertura a prestaciones de cirugía cardiovascular programadas; en realidad es un convenio subsidiario de uno que Nación tiene con la Fundación Favalaro y por el cual nosotros operamos pacientes gratuitamente en Buenos Aires.

En cuanto a los montos de estos convenios, podemos decir que los montos tramitados por el Nivel Central del Consejo en concepto de prestaciones asistenciales extrahospitalarias efectuadas en el primer semestre del corriente año dentro de la provincia de Río Negro y en los hospitales de Neuquén y en el Penna de Bahía Blanca, ascienden en total a 977.322.- pesos. Esto es el primer semestre de este año.

La distribución por área programa que demanda estas prestaciones, por prestador y por tipo de práctica, se muestra en un cuadro, que seguramente va a ser ilegible, pero este texto está en el informe, donde hemos desagregado los montos facturados por cada uno de estos convenios en el primer semestre y los montos efectivamente aprobados por nuestra auditoría, que en muchos casos ejerce débitos bastante significativos, particularmente en los convenios de General Roca.

En cuanto a los montos que cada área genera utilizando estos convenios, indudablemente va a la cabeza y esto es otro cuadro que está en el informe. El hospital de área programa General Roca que tiene un déficit muy marcado en su infraestructura, que es la falta de una unidad de terapia intensiva de adultos, déficit que ya está solucionándose porque está construyéndose la nueva unidad de terapia intensiva, está el edificio y ya está hecho el convenio para la provisión del equipamiento, están los fondos y ya hemos remitido la primer partida para esto.

Después, por supuesto, los mayores consumidores de estos convenios son los hospitales grandes de la provincia porque son los que reciben las derivaciones de los otros hospitales y los que necesariamente son el techo de las prestaciones que podemos brindar; si ellos no pueden, lo tienen que derivar o fuera de la provincia o a algunos de los hospitales que mencionamos.

Los montos tramitados durante el primer semestre de 1997 en concepto de prestaciones extraprovinciales, porque de lo que hablamos antes era dentro de la provincia, o en Neuquén o en Bahía Blanca, extraprovinciales y, fundamentalmente, a la ciudad de Buenos Aires, ascienden a 287.763.- pesos. Esto corresponde a: 150 solicitudes de provisión de insumos, tales como medicamentos para oncológicos, renales crónicos, prótesis y ortesis y a 230 solicitudes de derivación de primera vez fuera de la provincia, principalmente a la Capital Federal. El 65 por ciento de estas derivaciones corresponden a niños y en Buenos Aires, el centro de referencia más frecuente es el Hospital Garrahan, seguido por el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Las prestaciones requeridas en estas derivaciones son las siguientes, estamos considerando los casos de primera

vez, es decir, no los que van para controlarse un tratamiento ya iniciado: Derivamos, básicamente oftalmología, 20 pacientes; cardiología, 15; neurología, 10; clínica, 14; traumatología y ortopedia 13; cirugía plástica y reparadora, 15; urología, 8; otorrino, 6; hematología, 4; oncología, 3; gastroenterología, 2; endocrinología, 1; genética, 1 y quemados, 1.

Las solicitudes de traslado en derivaciones de primera vez en adultos, corresponden a: patología quirúrgica cardiovascular, 23 pacientes; cirugía oftalmológica, 16; oncológica, 6 y otras especialidades con menor frecuencia. Los principales centros de referencia en adultos son: La Fundación Favalaro, el hospital Argerich, el hospital de Oncología Roffo y el hospital Santa Lucía.

En un cuadro anexo al informe estamos detallando, en los montos tramitados por prestaciones extraprovinciales, también nos encontramos con que los hospitales que más insumen derivaciones extraprovinciales son los hospitales de mayor complejidad, nuevamente el hospital de Roca a la cabeza seguido por el de Viedma y en tercer lugar el de Cipolletti. Lo interesante de este cuadro es que además acá está consignado lo que se gasta por la prestación médica en sí, pero lo que se está pagando por alojamiento, por la provisión de medicación, por la provisión de prótesis y por el pago de transporte, ya sea terrestre, aéreo o vuelos sanitarios, según corresponda. Es relevante decir que el 26 por ciento del gasto es la prestación médica en sí misma y el resto está compuesto por algunos de estos ingredientes, ya sean los medicamentos o fundamentalmente el transporte, que es lo más caro.

Esto, en términos generales, en cuanto al primer grupo de convenios. En cuanto al segundo grupo de convenios, que son con prestadores individuales o grupales, fueron surgiendo bajo una modalidad de locaciones de obra.

Esto se desprende de la necesidad de contar en algunos hospitales con profesionales o con servicios que por distintos motivos van constituyéndose en recursos críticos y crítico, desde el punto de vista técnico, tiene un sentido que es difícil de conseguir para la república.

Los dos casos más relevante en la provincia son el de anestesiología y el de traumatología. En el caso de anestesiología la imposibilidad de incorporar especialistas a la planta de los hospitales públicos, es un problema nacional, que ha sido tratado inclusive, en las reuniones del Consejo Federal de Salud, que ha motivado a un acuerdo -digamos- muy reciente con la propia Federación Médica de Río Negro, entre el Consejo Provincial de Salud Pública y la Federación Médica de Río Negro, porque por un particular manejo gremial de los especialistas y por las características de la especialidad, yo me atrevería a decir, señor presidente, que es la única especialidad capaz de paralizar un hospital completo cuando no se tiene. Frente a esta fuerte presión corporativa, nos es imposible incorporarlos a la planta en las condiciones habituales y tenemos necesariamente que pactar locaciones de obras por fuera de lo habitual.

Con referencia al tema de los traumatólogos, lo que hay es una baja oferta en el mercado laboral médico de traumatólogos, es una especialidad con relativamente bajo número de especialistas y al mismo tiempo, es una especialidad imprescindible en hospitales de mediana complejidad como los de la provincia.

Hemos adjuntado al informe un cuadro donde describimos los convenios actualmente vigentes con los distintos grupos de profesionales, la especialidad que cubren y cuál es el monto mensual de los mismos. Como resumen le podría decir que estos convenios mensualmente nos insumen 55.065 pesos, el 41.5 por ciento de los cuales corresponden a anestesiología y el 33 por ciento a traumatología, el resto son especialidades dispersas tales como pediatría, obstetricia, otorrino, fundamentalmente. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Le solicito al doctor Vilosio si puede hacer una descripción del convenio que tiene suscripto Salud Pública con la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, con motivo de los pensionados no contributivos que tiene el ANSES en la provincia de Río Negro y cuál es el destino del dinero, de acuerdo a las atenciones hospitalarias que se hacen en la provincia y si han recibido algún tipo de auditoría, si existe algún informe sobre el desarrollo de este convenio y cuál es su apreciación sobre el desarrollo del mismo.

CUARTO INTERMEDIO

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Doctor Vilosio, necesita alguna consulta?.

SR. VILOSIO - Sí, necesitaría solicitar información adicional a la bandeja.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Habiendo acuerdo por parte de los señores legisladores, invito al Cuerpo a pasar a un breve intermedio.

-Eran las 19 y 45 horas.

CONTINUA LA SESION

-Siendo las 19 y 55 horas, dice el

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Continúa la sesión.

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En primer lugar pido disculpas por haber tenido que solicitar esta interrupción. Nosotros realmente no incluimos el convenio a que hizo referencia el legislador Larreguy porque lo que se nos preguntaba era: contratos celebrados por Salud Pública y servicios privados de salud provinciales o nacionales, en este caso no es con un servicio de salud, en este caso nosotros actuamos al revés. Nosotros somos los prestadores y fuimos contratados digamos por el financiador, no acordamos nosotros con un prestador de salud, pero éste ha sido un malentendido de nuestra parte, seguramente un error de interpretación. Efectivamente, tal como lo ha dicho el legislador Larreguy hay un convenio firmado entre el Consejo de Salud Pública y la Secretaría de Desarrollo Social de la nación, por el cual los beneficiarios de las pensiones no contributivas que anteriormente atendía el PAMI, han pasado a ser usuarios de la red pública hospitalaria nuestra en un esquema de contrato capitado. Esto es, nosotros hemos acordado con la secretaria, un paquete de prestaciones que incluye las prestaciones del primer y del segundo nivel y algunas cuestiones del tercer nivel, excluye hemodiálisis, alguna cuestión de cirugía oftalmológica de alta complejidad y algunas prestaciones de cirugía cardiovascular, pero nos obliga a nosotros brindar un paquete de medicamentos, una canasta de medicamentos y las atenciones ambulatorias, de internación y algunas cuestiones de rehabilitación también. Este esquema fue firmado con la Secretaría de Desarrollo Social en el entendimiento de que era una acertada decisión política de la autoridad nacional, buscar como prestadora la red pública y para nosotros fue visto como una oportunidad de acceder a un recurso financiero en la atención de pacientes que en realidad en gran parte de los mismos ya eran usuarios del hospital público como si no hubieran tenido ninguna cobertura. El contrato se hizo por 4.300 beneficiarios aproximadamente, son un poquito más, el padrón es dinámico, se modifica todos los meses, en algunos más en otros menos y se contrató todo esto por un valor de 20 pesos por beneficiario. Salud Pública administra este convenio a través de la creación, o se creó específicamente para esto una unidad de gestión, es decir un sector administrativo que lo gerencie, que tiene su sede física en la primera zona sanitaria oeste en la ciudad de Cipolletti. No lo trajimos, no lo instalamos en la estructura central del Consejo de Salud Pública porque se trataba de desarrollar una estructura bien distinta a lo que es habitual en nuestro esquema administrativo. Acá estamos gerenciando nosotros un convenio, esto significa que hay que hacerle un seguimiento detallado de los consumos, de los gastos, de los costos; todos los hospitales nuestros son prestadores dentro de esta red. El esquema interno con el cual nosotros organizamos el manejo del convenio es tal que permite hasta un 10 por ciento de gastos, nos permitimos nosotros hasta un 10 por ciento de gastos en la tramitación administrativa, en el gerenciamiento,

el resto del dinero se distribuye entre los hospitales de acuerdo al número de pacientes que tienen en su área programa que son beneficiarios de las pensiones no contributivas. Desde este punto de vista no es equitativa la distribución en cuanto hay localidades muy pequeñas con un altísimo número de beneficiarios y hay otras localidades más grandes donde los beneficiarios son pocos, pero en todo caso esta distribución es la que está dada así desde el ex-PAMI, en realidad desde lo que antes hacía PAMI. Nosotros distribuimos a los hospitales, digo, en función de la capita que ellos atienden y era un requisito de nación que nosotros compartimos y visualizamos en esto una buena oportunidad para reordenar nuestro funcionamiento, era requisito, digo, que le ofreciéramos a los beneficiarios médicos de cabecera que le dieran continuidad al seguimiento de los pacientes que se responsabilizaran de su atención, de manera que se abrió en los hospitales un registro de personal médico que voluntariamente se anotara, se previó y de hecho se está haciendo el pago a estos médicos que se anotaron de un monto equivalente a 3,50 pesos por consulta que hacen estos beneficiarios del convenio PROFES, esta es la sigla con que se lo conoce, creo que es Programa Federal de Salud la frase completa. Este esquema de atención a los pacientes PROFES fue montada con el recaudo de no generar estructuras particulares o de atención diferenciada en su calidad para los beneficiarios PROFES, siempre dentro de la política general del hospital público en este sentido, pero sí asegurándoles lo que para nación es importante y para nosotros también, que era el requisito del seguimiento personalizado a cargo de su médico de cabecera que pudiera ser elegido por el beneficiario de la pensión y esto se ha implementado así. Gracias.

73/1

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - En consideración el punto 8.

Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Señor presidente: La interpretación que ha hecho el doctor Vilosio es correcta y quería hacer una reflexión, comprometer al doctor en una exposición futura, o puede ser a través de un pedido de informes nuestro sobre los resultados de este sistema Programa Federal de Salud, que es un planteo de la política nacional de Salud y que a mí me parece importante destacarla, porque entre otras cosas busca el fortalecimiento del hospital público a través justamente de esta cápita que se firma con Salud Pública de cada provincia, programa al cual han adherido a partir del mes de julio, con la última provincia que no lo había hecho que era Córdoba, todas las provincias argentinas, con lo que se descentraliza la atención y se le da -diríamos- una posibilidad más de desarrollo al hospital público, política nacional de salud que yo quería destacar en esta tarde de hoy.

Comprometo entonces al doctor Vilosio, en virtud de que nosotros tampoco estamos del todo preparados porque somos nuevos en este tema de este convenio, pero las quejas ya han llegado en mucha cantidad, especialmente de la zona de Bariloche sobre la pésima atención que tienen los capitados bajo este sistema. No puedo dar más detalles ni tampoco formular ninguna pregunta pero quiero pedirle el compromiso de una atención personalizada de este convenio con la nación, porque aquí estamos jugando un poco decisiones políticas que, justamente como su nombre lo indica, tienen que ver con el federalismo. Reitero, no es más que una reflexión y le solicito que se estudie hospital por hospital el resultado de esta cápita que a nosotros nos parece importante que llegue a buen término; además se renuevan anualmente los convenios, éste venció en octubre y probablemente esté en trámite de renovación, nos parece conveniente la renovación y que Salud Pública de la provincia audite sobre estos 4.125 capitados, cuál es el resultado y mejore lógicamente las prestaciones para evitar las quejas que se han recibido especialmente desde Bariloche, -repito- donde se denuncia por parte de los usuarios la no atención de este sistema.

La otra pregunta al doctor Vilosio es con respecto a un tema muy importante como son las derivaciones que Salud Pública hace hacia la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, convenio que desde el año 93, -como dijo el doctor Vilosio- factura semestralmente en el orden de los 240 mil pesos cumpliendo con un compromiso mensual tomado por Salud Pública en dicho año de facturar exactamente 40 mil pesos por mes, con lo cual, para llegar a esos valores, da la impresión como que hay que barrer toda la provincia para mandarla a Cipolletti y hacerse atender en la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén; la zona este de la provincia, la zona atlántica, se ve perjudicada en este convenio territorial realizado con la fundación mencionada, por cuanto los pacientes derivados de esta zona hacia allá tienen que recorrer una distancia dos veces superior a la que tendrían que realizar para ir a un centro especializado como Bahía Blanca, por ejemplo, donde se pueden prestar los mismos servicios, entonces le pedimos al presidente de Salud Pública que revea este convenio con la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén y atienda las necesidades primarias de los usuarios de este sistema, que con menor costo desde su propio peculio, pueden ser derivados a otros centros más importantes.

74/1 Y le voy a decir por qué, porque este monopolio de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén fue establecido mediante un convenio de pago de una deuda en el año 1992 hasta el año 2003, en el cual tanto el I.PRO.S.S. como Salud Pública tienen que poner mensualmente para que se pague esa refinanciación de deuda, 120 mil pesos el instituto y 40 mil pesos Salud Pública. Nosotros creemos necesario la denuncia de este convenio y la posibilidad de una renegociación en esa cápita o en ese compromiso tomado por el Consejo porque entendemos que se puede redistribuir mucho mejor territorialmente este servicio.

Este tema de la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén lo hemos venido siguiendo desde hace mucho tiempo y aprovechamos esta oportunidad para decir aquí, en el Parlamento rionegrino, que deseamos que el Tribunal de Cuentas de la Provincia termine de una vez por todas el juicio de responsabilidad que tiene iniciado hace cinco años y que todavía no tiene ningún resultado. Nada más, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - No entendí bien la última pregunta, legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Si me perdona, me salí del Reglamento. (risas).

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - En primer lugar voy a agregar algún dato que había olvidado. Nosotros somos auditados por el PROFES, ya han venido en cuatro oportunidades los doctores Espinelli y Capurro de dicha estructura a hacer las auditorías y debo decir con satisfacción y orgullo que los informes son altamente positivos sobre la gestión de este convenio y el rol que cumple la provincia de Río Negro y que -lo dije al principio- es una política nacional en este sentido que nosotros estimamos absolutamente adecuada y adherimos fervientemente a este tipo de esquemas, pero debo decir también que nosotros podemos adherir porque tenemos con qué, es decir, tenemos los hospitales, la capacidad de gerenciar y de hacer un buen papel en el desarrollo del convenio. Quizá es una digresión, pero lamentablemente no ha tenido el mismo criterio el PAMI a la hora de contratar servicios para la provincia de Río Negro y es público el conflicto que sostenemos nosotros con dicha institución por la prestación de beneficios de Salud Mental en la provincia, donde inclusive hemos tenido que salir a confrontar con algún funcionario de la misma, que ha planteado que nada va a negociar con Río Negro hasta tanto no se derogue la ley número 2.440.

En este tema debo decirle, señor presidente, que contamos con la opinión a favor de nuestra postura por parte del ministro de Salud de la Nación, pero lamentablemente no hemos tenido, pese al compromiso asumido por funcionarios del PAMI, respuesta a nuestro requerimiento y a nuestro planteo muy concreto de que la única red prestadora de Salud Mental en la provincia, integral, que abarca todo el territorio rionegrino es la red pública, pero bueno, estas son cuestiones que están en discusión. Nosotros creemos que el PAMI debería contratarnos a nosotros, no con un sentido excluyente sino porque nosotros podemos integrar redes públicas y privadas, no queremos competir con el prestador privado en esto, pero hay hechos de la realidad que son innegables, que demuestran que la única red prestadora en el tema de Salud Mental que cubre toda la provincia de Río Negro es la pública; lamentablemente el PAMI optó en su momento por contratar prestadores extraprovinciales y ahora estamos en discusión por esto.

Con respecto al pedido del legislador Larreguy de extendernos en el informe sobre esto, no hay ningún inconveniente, así que con mucho gusto estamos dispuestos a volver con toda la información necesaria.

Respecto al conflicto de Bariloche, estoy seguro que esto ha sido así porque en realidad tengo que decirles que nosotros hemos tenido el mismo conflicto, fue el último hospital donde logramos obtener algún profesional dispuesto a incorporarse al sistema y esto fue desalentado expresamente desde la conducción hospitalaria, a tal punto que la responsable del programa de gerenciamiento -que es la presidenta de la I Zona Sanitaria Oeste- fue prácticamente expulsada del hospital en oportunidad de ir a Bariloche a tratar de implementar el programa, teníamos una gran resistencia en la anterior conducción hospitalaria; creemos que esto se va a tener que resolver inmediatamente con todos estos cambios que ya hemos descripto.

Y respecto a la renovación, es nuestra intención renovar el convenio absolutamente, así que lo vamos a hacer.

Referente al convenio con la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, nosotros ya le hemos planteado a la Fundación la necesidad de renegociar los términos de este convenio y en principio tenemos una palabra establecida de disposición de sentarse a discutir términos económicos y operativos distintos para ese convenio. Hay que decir que es un poco diferente el contenido del contrato entre IPROSS y la Fundación y entre Salud y la Fundación; en el caso de Salud la estadística de utilización del convenio indica que estamos ahorrando, o sea, estamos pagando menos de lo que pagaríamos si esto se hiciera a precios de mercado con otros prestadores. De cualquier manera le hemos planteado a la Fundación la necesidad de repartir de nuevo las cartas para establecer nuevas reglas de juego, porque creemos que han cambiado las condiciones del mercado de salud y creemos que como Estado nos corresponde tener una actitud más abierta en este sentido, pero le reitero, señor presidente, con la conformidad en principio de la propia Fundación.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Una pregunta sobre las derivaciones a Bahía Blanca. Es decir, dentro de la renegociación quiero conocer la opinión del doctor Vilosio sobre la redistribución geográfica de las derivaciones a los mismos efectos que a Cipolletti.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - La opinión nuestra en este tema en general -y por eso yo hacía referencia a que el tema del mercado de la salud se ha ido modificando- es que no es la misma situación la de hoy que la de hace dos, tres, cuatro, cinco o diez años atrás en cuanto a que hay un monto de inversión en tecnología, en infraestructura, en recursos humanos en los sectores público y privado que hace que lo razonable sea que nosotros aproximemos todo lo máximo posible el lugar de la prestación al lugar donde reside el paciente. Probablemente se justificaba viajes de 400 kilómetros hace algunos años atrás pero hoy ya hay infraestructura competitiva en otros lugares de la provincia. El criterio general es que debemos facilitar la accesibilidad -la primer limitante de accesibilidad es la distancia- sin descuidar el otro componente esencial que es la calidad, de manera que así como sostenemos esto, también decimos que por una cuestión de definición política tendemos a priorizar en este tipo de convenio a los prestadores intraprovinciales. Nos parece que si el Estado va a destinar recursos a la atención de pacientes rionegrinos es razonable que estos recursos prioritariamente queden dentro del mercado de salud provincial. Cuando estos requisitos no se puedan cumplimentar buscaremos prestadores de afuera.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Pasamos al punto 9 del cuestionario, del cual algo se ha hablado en la sesión de hoy. "Hospital de El Bolsón. Situación y estado de sumarios administrativos".

No sé si el doctor Vilosio tiene algo más para agregar a lo ya expuesto.

SR. VILOSIO - Si resulta de interés hacer una reseña sobre lo que son los sumarios que están en proceso, la puedo hacer. Bueno, algunos de los sumarios administrativos ya han finalizado.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Sí, podría hacer un resumen suscito porque hay algunos temas que van a salir de mis preguntas, pero bueno, si los quiere adelantar el doctor Vilosio, me parece bien.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Cuando recibimos las preguntas respecto al estado actual de los sumarios nos orientamos a pensar que esto se refería específicamente a una serie de actuaciones administrativas que han desembocado en definitiva en la cesantía de un profesional del hospital de El Bolsón.

En este sentido yo podría hacer una reseña muy rápida de cuáles son estos sumarios, en qué estado están y cuáles son los motivos.

Primero tendríamos que hacer referencia a las actuaciones caratuladas por aplicación del artículo 20 inciso a), agente Ortíz Héctor, hospital de El Bolsón, es el 67650 del 91. Esta investigación se inició entonces a partir de una nota que suscribía el director del hospital dirigida al agente Héctor Ortíz, en la cual le solicitaba un descargo ante la falta de constancia en una historia clínica de una consulta realizada, una interconsulta efectuada de un herido de bala, que había sido atendido con fecha 16 de abril de 1991. Se le hace notar en la nota que faltaba consignar diagnóstico y tratamiento y se le solicitaba un descargo. Se tramitó este sumario y con fecha 27 de noviembre de 1991, la Junta de Disciplina aplicó al agente Héctor Ortíz cinco días de suspensión por encontrar la conducta incurso en la causal disciplinaria tipificada en el artículo 20 inciso a), negligencia en el desempeño de sus funciones, conforme al artículo 21 inciso c) que establece como sanción la suspensión de hasta un máximo de 30 días corridos. Este es un antecedente bastante antiguo.

Hay otra, pero sirvió de fundamento para lo que después voy a relatar. Hay otro expediente, otra actuación caratulada "s/presunto incumplimiento artículo 13, apartado 1, incisos a), b), g), j) y artículo 20, inciso b) c), e) g), h), agente Ortíz Héctor, hospital de El Bolsón" expediente 95797 del año 1996. Esta investigación se inició a solicitud de la dirección del área programa de El Bolsón, por incumplimiento por parte del doctor Ortíz de guardias activas generales que le habían sido asignadas en la conducción del hospital.

En marzo de 1996, la Junta de Disciplina ordenó la instrucción del sumario administrativo, conforme al artículo 26 de la ley 1844 y finalmente, por resolución 57 de fecha 26 de febrero de 1997, la Junta de Disciplina de la provincia de Río Negro ordena aplicar al agente Héctor Ortíz 30 días de suspensión por encontrar su conducta incurso en la causal disciplinaria tipificada en el artículo 21, inciso c), que otorga una suspensión de hasta un máximo de 30 días corridos.

Hay otro expediente caratulado "s/presunta falta, artículo 13 apartado 1 inciso a), b), g) y artículo 20 inciso b), c), e) g), h) agente Ortíz Héctor, hospital de El Bolsón" expediente 95773 del año 1996. Esta se inició a solicitud de la Dirección del área Programa de El Bolsón por ausencias injustificadas y sin aviso ocurridas entre el 1º de diciembre de 1995 y el 17 de enero de 1996 por parte del doctor Héctor Ortíz.

La Junta de Disciplina que reitero, señor presidente, es un órgano ajeno al Consejo Provincial de Salud Pública, merituó el hecho de la existencia de la resolución 409 de octubre de 1989, por el cual se le habían aplicado dos días de suspensión al agente Ortíz. La resolución 505 de fecha 27 de noviembre de 1997, donde se le habían aplicado cinco días de suspensión, también se dicta la resolución 57 de fecha 26 de febrero de 1997, es decir, con este antecedente de las dos suspensiones previas, la junta decreta la suspensión por 30

días al agente. En función de estos antecedentes y adjudicando una serie de cargos administrativos en este sumario, por resolución 186 del 2 de junio de 1997, la Junta de Disciplina de Río Negro ordena declarar cesante al agente Ortíz Héctor.

Estos son, digamos, en forma muy sumaria, los antecedentes de lo que hemos interpretado los sumarios candentes, en el hospital de El Bolsón.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - En la exposición anterior, cuando hicimos referencia al Hanta, el doctor ya había explicado el hospital del futuro para El Bolsón, vamos a esperar que se concrete ese hospital del futuro, así que este tema no lo vamos a tocar.

El tema de los sumarios viene porque este profesional cesanteado es cirujano, era cirujano maestro -no sé como se lo denomina- era el cirujano que estaba para todas las circunstancias y disponible en todo momento, muy querido en la localidad, tan querido que se produjeron marchas y siguen existiendo marchas pidiendo la reincorporación de este profesional. Más allá de las rencillas internas del hospital, entiendo que un profesional de ese valor debía habérselo contenido en el sistema, incluso había sido director en alguna oportunidad durante un tiempo. Pero el tema es el siguiente: Hoy prácticamente no tenemos cirugía en El Bolsón; uno de los cirujanos se retiró hace ya un par de años, otro ha sido cesanteado y hoy existe un cirujano part time, que tiene actividad privada en una clínica local y cuando existen casos de urgencia se contrata a un buen cirujano pero que también había sido cesanteado hace un tiempo del hospital. Entonces no entendemos, es decir, es como si se estuviera privatizando la cirugía en el hospital de El Bolsón; es un tema que me gustaría que el doctor lo aclare, porque si bien tenemos las ambulancias a que hacía referencia, sabemos que hay temas que se tienen que resolver en cirugía, en nuestra localidad y creo que en este momento el hospital está dejando un vacío importante, dado el nivel que tiene la actividad privada, que prácticamente no existe una sala de partos, pero no está en condiciones ni está aprobado para soportar otro tipo de cirugía la actividad privada. Entonces nos preocupa a nosotros este tema de que esté desprotegido el sector de cirugía del hospital.

Por otro lado, ya lo tocamos en otro tema pero lo voy a repetir solamente para que el doctor Vilosio lo tenga en cuenta. La dirección del hospital no ha sido concursada y existe hoy un hospital designado, no sé con qué método, bueno, responsabilidad política del doctor Vilosio, pero me refiero a que él habló hace un ratito que ahora se van a empezar a hacer los concursos a través de la ley aprobada de la Función Pública, pero el doctor está a cargo de Salud Pública desde el 10 de diciembre de 1995, creo que ha habido un tiempo para concursar distintas direcciones de hospitales.

Como otro tema, hace un tiempo atrás se cerró el centro de hemodiálisis de nuestra localidad, que era privado; ahí era a la inversa de lo que dijo el doctor Vilosio, o sea, el hospital contrataba con una empresa los servicios de hemodiálisis, en este momento se cerró el centro. Quisiera que el doctor me diga qué posibilidad hay de reabrirlo, de incorporar esa prestación al hospital público porque está causando inconvenientes a la gente que tiene que hacer hemodiálisis, que no es solamente hacerse la sesión sino que tienen que ir a San Carlos de Bariloche, conseguir el pasaje, etcétera, por ahí reponerse después de una sesión. El tema lo sabe mucho mejor que yo el doctor. Bueno, me gustaría saber si existe la posibilidad de abrir nuevamente ese centro de hemodiálisis en la localidad.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Es para expresar un poco la preocupación por algunas cosas contradictorias que se escuchan. En algún momento de esta interpelación se le solicitó mayor cuidado de la disciplina, es decir, tal vez más energía con el personal al presidente del Consejo.

Y cuando tenemos un sumario de los poquitísimos que hay en la provincia, -debe ser histórico éste- donde el organismo de control de disciplina toma una medida motivada en: negligencia en el desempeño de funciones, inasistencias injustificadas, conducta notoria, dificultades en las relaciones de servicio con el público, -que tiene que ver con la atención- comisión de contravenciones o delitos, abandono de la función, pareciera ser entonces que a este señor no hay que hacerle nada porque es buen cirujano; hay muy buenos cirujanos que hacen estas cosas y entonces cuando contratamos a otros privatizamos la salud. A la gente no le importa si el cirujano que la opera es privado o público, le importa que la operen pero creo que dentro de las extremadas limitaciones que hacen, prácticamente acá y en cualquier lugar que tengan una ley como la 1844, inmanejable un sistema público de Salud, si aparte nosotros toleramos este tipo de inconductas por parte de una persona, sea buen cirujano, traumatólogo o anestesista, evidentemente no estamos contribuyendo a la buena salud pública, por el contrario, si contratamos a un personal financiado por el Estado aunque no forme parte de su planta y brinde servicios, seguramente vamos a tener un mejor servicio para la comunidad de El Bolsón. Me interesaba señalar esto, más allá de la segunda observación del legislador Barros, porque releando los sumarios, son bastante abultados los cargos como para pretender la reincorporación del agente Ortiz.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En principio tengo que decir que no hay ni decisión, ni idea, ni proyecto, ni propuesta de privatizar la cirugía del hospital de El Bolsón. Este tema es estrictamente disciplinario porque -reitero- la cesantía no es ordenada por el presidente del Consejo como una decisión discrecional sino por la Junta de Disciplina que -repito nuevamente- no guarda relación orgánica, ni funcional, ni de dependencia con el Consejo de Salud Pública y que es la misma para todos los empleados públicos de la provincia, que es la que ha decidido esta cesantía en cuestión. No es nuestra decisión alejar al doctor Ortiz, en este caso la decisión nuestra ha sido -discúlpeme que use esta palabra- no cajonear ninguna actuación disciplinaria, no sólo en el caso de El Bolsón sino en el resto de la provincia. Creemos que es una mala práctica aplicar discrecionalidad porque de la misma manera que hoy tengo que estar respondiendo a esta interrogación, de haber demorado, dificultado o enfriado las actuaciones disciplinarias en lo que a nosotros nos corresponde, que es la elevación a la Junta, probablemente hoy tendría que estar dando respuesta de por qué no hice nada en relación a algún otro problema que hubiera surgido. Nosotros hicimos lo que corresponde como autoridad, que es darle curso, dar intervención a las autoridades disciplinarias y nos genera un problema la falta de un cirujano, no hay ninguna duda, pero el hospital de El Bolsón está operando, está cubierto el tema de las cirugías, tiene cirugías, estamos en absoluta disposición para designar otro cirujano en Bolsón, no hay ningún inconveniente de este tipo pero no podemos ponerle discrecionalidad a un tema disciplinario de esta índole porque estaríamos trastocando seriamente todo el régimen existente.

Como usted habrá notado, los expedientes fueron iniciados a partir de cuestiones planteadas localmente y así como hoy se nos plantean opiniones a favor, también en otros ámbitos o en otros momentos, otro grupo de personas nos plantearon opiniones en contra; ésta es la constante de los grupos humanos en trabajo y el que tiene la responsabilidad de conducir se maneja permanentemente en un equilibrio muy inestable, entre los unos y los otros, pero el tema más de fondo -porque yo en las cuestiones disciplinarias no me puedo extender más- es que no hay intención nuestra de privatizar ningún servicio de cirugía en El Bolsón, que el servicio de cirugía se sigue dando, que estamos absolutamente dispuestos y autorizados para designar otro cirujano si hace falta, que si se está contratando al doctor Paparella, este médico no ha sido cesanteado nunca por Salud Pública y que por supuesto nos preocupa que Bolsón tenga un servicio de cirugía tal como lo tiene ahora y que tenga continuidad en esto.

79/1

Respecto a la preocupación de por qué no se concursó la dirección del hospital de El Bolsón, reitero, todos los concursos en la provincia están vencidos, todas las funciones, jefatura de unidad, división, sector, departamento, dirección de área programa, están vencidas, nosotros no podemos concursar, como ya dije antes, primero porque los concursos están congelados en toda la administración pública provincial, por encima nuestro y en segundo lugar, bueno, en primer y único lugar están congelados, pero además existía el inconveniente de concursar teniendo una cuarta parte de nuestro personal fuera de la planta, de manera que es lo que ya expresé antes, no es una situación puntual de El Bolsón y reitero, así como hoy vengo a dar explicaciones de lo que pasó en Bariloche, asumo absolutamente toda la responsabilidad política de la designación en el hospital de El Bolsón, que además en opinión de este Consejo, el doctor Winski, que de él se trata, es un excelente profesional.

En cuanto al Centro de Hemodiálisis, si usted me permite, señor presidente, le voy a comentar un poquito la trastienda de la historia, lo que pasó en la provincia en el mercado de la salud en Río Negro, y digo mercado porque estamos hablando de interrelación con los efectores privados. Dos empresas internacionales, una norteamericana y otra sueca, han comprado los servicios de hemodiálisis de la provincia; los servicios de la zona andina fueron comprados por una empresa que se llama Gambro, que es sueca. Cuando los dueños de los servicios de hemodiálisis de El Bolsón estaban en vías de vender -tenían acordada la venta- cerraron el servicio de dicha localidad y usted recordará que fue en un momento en que se generó una gran conmoción política porque se le decía a la gente que quedaba sin servicio, abandonada, porque Salud Pública y el I.PRO.S.S. no pagaban y en realidad los principales deudores eran las obras sociales nacionales. La empresa había tomado la decisión de venta, tal como se concretó días después, siendo ésta una herramienta de presión para cobrar -porque las demoras de pago eran reales- las acreencias que efectivamente tenían.

Ahora la situación estaría por normalizarse. El servicio de hemodiálisis de Bariloche es propiedad de la empresa Gambro, la que también es dueña de la filial de El Bolsón. Nosotros hemos hablado con las autoridades de esa empresa y nos han dicho que no tienen absolutamente ningún problema en abrirlo, que los propios dueños del Centro de Hemodiálisis le dijeron que era necesario y conveniente que así fuera y esto, para tranquilidad de todos -porque el tema nos preocupaba mucho a todos ya que para un hemodializado es muy duro viajar a Bariloche y después de cada sesión volver- digo que la empresa se ha comprometido en reabrir, que no tienen ningún problema. Estas empresas son multinacionales donde su negocio es manejar amplias carteras de pacientes, que cuentan de a cientos y de a miles, así que el tema de El Bolsón en hemodiálisis, según los nuevos dueños del servicio en un contacto directo con nosotros, estaría para resolverse.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Quiero hacer una aclaración y es la siguiente: En ningún momento hice una defensa de un profesional cesanteado, lo que me interesa, como poblador, como legislador, es que se reponga el mismo recurso humano o aproximadamente el que teníamos, eso es lo importante.

Además quiero aclarar que el doctor Ortiz no ha sido cesanteado por mala praxis ni por una cuestión así, sino por cuestiones que tienen que ver más con procesos administrativos y rencillas internas de un hospital. Lo que decía recién el doctor Sarandría, lo que le importa a la gente es que cuando vaya la atiendan y le solucionen su problema, eso es lo que hacía ese doctor. No voy a discutir el procedimiento que hizo Salud Pública ni lo estoy poniendo en duda, lo que sí creo es que es necesario regularizar el servicio de cirugía del hospital público de El Bolsón. Cuando él hablaba de una persona, de un profesional que es contratado y que no ha sido cesanteado, creo que estaba con un sumario administrativo y en su momento le dijeron "renunciás o te echamos" él resolvió, pero tiene sumario administrativo pendiente, entonces es como que hubiera una doble forma de juzgar a las personas.

Es decir, por un lado se cesantea a un profesional y por otro se toma otro que más o menos estaba en las mismas condiciones, eso a mí no me queda muy claro.

Con respecto al actual director, que es un excelente médico, todos los médicos de ese hospital son excelentes, pero ¿y dónde está la carrera médica?, para qué tenemos instituida una ley que habla de carrera médica?, para qué se han establecido los concursos?, o hay otros factores que influyen en la designación?. A mí me gustaría que se cumpla la ley, entonces va a ser más transparente para todos que esa dirección sea realmente concursada.

Bueno, me alegra la noticia que ha dado el doctor Vilosio; como todo lo que ha dicho hoy es para adelante, vamos a hacer un seguimiento desde esta reunión, para ver el cumplimiento del compromiso del doctor Vilosio, pero, bueno, me alegro que se abra nuevamente el Centro de Hemodiálisis en El Bolsón.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Nuevamente pienso, señor presidente, que no todo lo que se ha dicho es para adelante; se ha referido a actividades en la salud que son producto del trabajo de mucha gente desde hace muchísimos años y cuyo resultado, si uno analiza las gráficas del anexo, se muestran a partir exactamente del comienzo de la democracia, que es cuando empieza a bajar la mortalidad infantil.

Yo quisiera mantener las reglas de esta interpelación, mantenerlas en el entorno que significa tener en cuenta el trabajo de mucha gente. Creo que una de las cosas más positivas que tiene una interpelación es cómo obliga a juntar información y cuando se junta esa información y se analiza, se ve que el trabajo realizado se traduce en cifras, en resultados que no son abstracciones; sin dramatizar, son más gente vacunada, más chicos que no se mueren, desgraciadamente hay que contar también los que se mueren, porque es una realidad y sería imposible negarlo; se analizan convenios, se hacen sugerencias como las que se han hecho acá en esta Cámara, pero de ninguna manera quiero dejar la sensación acá de que todo lo que se dice es para adelante, me parece que hay mucho para mostrar, hay cifras importantísimas. Entonces, creo que si decimos que toda esta gente que acá ha venido del Consejo de Salud Pública no ha hecho nada en esto, que solamente lo va a hacer a partir de mañana, si todos los médicos, enfermeros, agentes sanitarios, que están en toda la provincia trabajando no han hecho nada, los cadáveres tendrían que estar amontonados por las calles, sin embargo no es esa la situación sanitaria de Río Negro.

Simplemente me gustaría, señor presidente, que restablezcamos una vez más las reglas de juego.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Muy brevemente voy a establecer la diferencia entre haber tenido un sumario administrativo y haber sido cesanteado; no es lo mismo, ni siquiera es parecido.

Le reitero, yo no tengo la esgrima verbal, pero algunas diferencias hay que dejarlas muy claras, no se está contratando un médico cesanteado, el doctor Paparella ha tenido sumarios, sí, seguramente, yo participé en algunos de ellos, es decir, participé del conflicto, pero no es un médico cesanteado en absoluto, de manera que no hay una cuestión de

ley desapareja para unos y para otros. Y vuelvo con la misma idea, no somos nosotros desde el Consejo de Salud Pública quienes juzgamos ni los que aplicamos la vara de lo que es justo o injusto, la disciplina en la Administración Pública está por fuera del organismo, la decisión política nuestra en esto es darle transparencia y continuidad a todas las cuestiones disciplinarias, si no lo hiciéramos así, probablemente hoy se nos estaría pidiendo rendir cuentas de por qué no lo hicimos con la misma o mayor autoridad con que se hace esto.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Agradezco al doctor Vilosio la disposición y la voluntad para contestar todos los interrogantes y requerimientos. A la vez solicito a los señores legisladores una vez más que tratemos de remitirnos a lo pautado. Por ejemplo, creo que ya se explicó alguna vez en este recinto el por qué no se han concursado las direcciones de los hospitales, creo que a esto lo preguntamos 14 veces y se contestó otras 14, entonces digo, tratemos de no reiterar, o por lo menos usted doctor Vilosio, las respuestas, aunque quede la pregunta en el aire, por favor.

Pregunta número 10. Ley 2440 - Salud Mental. Yo quisiera, si les parece bien, dado que es un tema tan amplio que también se tocó, se habló del espíritu, que todos lo compartimos, si podemos remitirnos a las preguntas específicas, cuáles son las dudas que le planteamos al secretario de Estado en cuanto a la ley 2440 de Salud Mental.

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Me parece bien que acortemos un poco el tema. Básicamente en Salud Mental existen algunas cuestiones que no han sido todavía resueltas dentro de la reglamentación de la ley, concretamente le preguntamos al doctor Vilosio, si se va a constituir la Comisión de Seguimiento de la ley, que además ha sido pedido en un proyecto de ley por legisladores de la zona andina de las bancadas de esta Legislatura. Por otro lado, si se van a incrementar las partidas presupuestarias -porque yo iba a decir otra cosa- pero la comisión mixta, esta Comisión de Seguimiento, tiene como objetivo decir si va a haber o no reformas a la ley, por lo tanto, creo que es obvio que no lo va a poder contestar hoy el doctor Vilosio pero sí las preguntas que hice anteriormente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Voy a hacer algunas preguntitas muy concretas.

En primer lugar si considera el doctor Vilosio que son suficientes los recursos humanos y físicos que hay actualmente en este programa que fija la ley y teniendo en cuenta, digamos, la importante transformación que implica la atención de la salud mental.

En segundo lugar, si nos puede decir dónde faltan casas de medio camino, porque tengo conocimiento, luego de recorrer distintos lugares de la provincia, que en muchísimas localidades hay sectores que ya llevan varios años de gestión y estas casas de medio camino no se concretan. Cómo se prioriza la asignación de recursos para el programa de salud mental; he visto también que en muchas ocasiones los propios profesionales trasladan pacientes en sus autos, por ejemplo. Y Por último, es evidente la repercusión que a nivel nacional e internacional tiene la ley 2440 y que se expresa en la provincia con el apoyo y los recursos que la misma establece, la pregunta entonces es si conoce el doctor Vilosio que en algunos hospitales, a veces, los medicamentos los tienen que pagar los profesionales de salud mental.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Respecto a la Comisión de Seguimiento, desde el Consejo de Salud Pública se han remitido invitaciones y nosotros podemos adjuntar las copias de las notas, en función de que los primeros interesados en contar con esta comisión de seguimiento son los propios responsables del programa de salud mental y por lo tanto, nosotros como Consejo de Salud Pública. Habitualmente las Comisiones de Seguimiento, o por lo menos la experiencia que nosotros teníamos con dicha comisión de la ley 2570, se constituía básicamente a partir de la propia Legislatura, pero si debemos ser nosotros los convocantes desde ya la disposición y la necesidad, además de la disposición.

El legislador Barros hizo referencia a que existe un proyecto de generar o reflatar esta comisión y yo digo que nosotros desde el Consejo de Salud pública creemos que es necesario, bajo la figura de esta comisión, la de un foro o un ámbito abierto y democrático, rediscutir sobre el funcionamiento de la ley 2440, en tanto creo que se han ido generando una serie de mitos, de malos entendidos y de fantasías respecto a la ley y esta ley no es en su texto ni en su espíritu ni en el de la gente que específicamente la ha promovido desde el área de salud mental ni desde la conducción del programa, una ley rígida. Este es un programa de cambios, que implica un cambio cultural -como antes señalamos- y si algo necesita es debate y enriquecimiento con la experiencia. La propia gente del departamento de Salud Mental nos reclama ese espacio y ellos lo generan con sus propios equipos terapéuticos y equipos de salud mental permanentemente. Así que en este sentido, ya sea la iniciativa desde la Legislatura o desde el Ejecutivo, en este caso del Consejo Provincial de Salud Pública, apoyamos todo lo que sea discutir, hablar, rediscutir, traer experiencias, aportar ideas, porque además el propio equipo nuestro de salud mental en estos años se ha ido enriqueciendo con experiencia, con conocimientos, ha ido sumando personal capacitado y -como decía el legislador Chironi- el contacto con la experiencia internacional también nos ha ido aportando cosas.

En cuanto al incremento de las partidas presupuestarias nosotros hemos acordado para el presupuesto 98 y en el marco de lo que es el convenio del PRL2 que pasó por esta Casa para su aprobación, un incremento significativo en la disponibilidad financiera prevista para Salud Pública para el año 98. Yo sé que el legislador Barros me va a plantear que estoy hablando para el futuro pero no puedo evitar que el año 98 sea el que viene y quiero decir que este compromiso es muy importante para nosotros, en todos los aspectos, incluyendo el de salud mental porque nosotros no tenemos partidas presupuestarias internas diferenciadas, señor presidente, es de su conocimiento que la provincia maneja un presupuesto financiero mensualmente y con ese esquema financiero es con el que nosotros nos manejamos, pero aún así, si las transparencias me lo permiten, podemos demostrar cómo mayores recursos se han ido destinando al sector. Tenga usted presente, presidente, que el principal insumo del programa de salud mental es el recurso humano y este recurso humano en salud mental se ha ido incrementado significativamente.

-Se proyecta una nueva transparencia.

SR. VILOSIO - Se está viendo más o menos la transparencia. Bueno, esa es la diferencia entre la cantidad de personal asignado en concepto de personal profesional y personal no profesional que es un recurso muy importante, la estrategia del programa de salud mental como son por ejemplo los operadores de salud mental que se han ido incorporando; éste es el aumento de la masa con el volumen de agentes que están trabajando. Tenemos algunos indicadores del aumento de las consultas, del aumento de la oferta de servicios. También

tenemos -y esto va concatenado con la pregunta del legislador Chironi- que desde el 91 hasta la fecha se han generado siete empresas sociales y siete casas de medio camino que no existían en la provincia, esto también implica destinar recursos.

Relacionado con la pregunta, discúlpeme señor presidente si me voy de un tema a otro, pero están muy, muy concatenados. Si son suficientes los recursos humanos y físicos de los que disponemos, le decimos que no porque si fueran suficientes no nos estaríamos planteando tener más y hoy nos estamos planteando tener más. Como bien decía el legislador, hay varias localidades donde todavía tenemos que desarrollar estructuras de medio camino y en este sentido quiero hacer referencia a dos cosas de las cuales ya hablamos pero que son muy importantes. El tema Bariloche es muy puntual en sí mismo que obedece a esta lógica que intentamos describir del conflicto local y ya tiene solución concreta y la otra problemática que afecta un poco más a otras localidades es la necesidad y la dificultad que en muchas circunstancias tenemos además de nuestras propias limitaciones en el trabajo intersectorial porque mucho de la estructura de medio camino y la estructura social que se requiere, como dije antes, no depende o no puede depender exclusivamente del esfuerzo desde el área programa correspondiente sino que hay que concatenar, hay que articular recursos comunitarios distintos.

Entonces nos falta personal, sí, tenemos en trámite designación de más personal, existen pedidos de personal hechos desde el departamento de Salud Mental de la provincia y en la designación del mismo nosotros tenemos una peculiaridad de la cual ya hablé y es que no cualquier profesional o cualquier egresado de una residencia relacionada con Salud Mental se adecúa exactamente a los requerimientos operativos de nuestro programa, lo cual genera a veces alguna dificultad mayor pero es menester observar este requisito ya que a diferencia de lo que pasa cuando designamos personal en otras áreas, señor presidente, cada profesional que se incorpora es evaluado directamente por el departamento de Salud Mental a nivel central y esto no pasa cuando designamos otros profesionales, por esta condición filosófica o metodológica, si se quiere.

En cuanto a si es de mi conocimiento que hay profesionales que pagan medicamentos de su propio peculio, digo no es de mi conocimiento, esta situación no es de conocimiento de la presidencia del Consejo y supongo por lo tanto tampoco del departamento de Salud Mental, porque sino yo tendría que estar al tanto.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Quiero preguntarle al doctor Vilosio, en función de esta particular selección de personal que hay que hacer en el programa de Salud Mental de la provincia, acerca de la experiencia con las residencias en Salud Mental en Río Negro y si son asimilables o comparables a las otras residencias de las cuales hablamos hoy.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - La experiencia que nosotros tenemos con la residencia de Salud Mental es evaluada positivamente desde el Consejo, es una experiencia innovadora, no sólo por la metodología en la cual se forman los residentes sino porque es una residencia de Salud Mental interdisciplinaria, no son solamente médicos y psicólogos los que cursan este postgrado, nosotros tenemos asistentes sociales y enfermeros que han egresado. Creemos que se forma en esta residencia un recurso humano adecuado a los requerimientos del programa provincial de Salud Mental y de hecho vamos entrando ya en el tercero o cuarto año de la residencia y la decisión política es continuarla.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Me gustaría que repita, porque no sé si será por las horas que llevamos acá adentro, pero me pareció entender que el doctor Vilosio habló que no se constituyó la comisión mixta de evaluación porque él tenía entendido que estaba dentro de la jurisdicción del Legislativo. Quisiera que lo aclare.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - La comisión está prevista en la ley que se sancionó en el año 1991. Nosotros asumimos la gestión del Consejo de Salud Pública en diciembre de 1995, digamos, a nosotros nos consta en la memoria histórica del departamento que se hicieron invitaciones desde el departamento de Salud Mental para constituir la y lo que dije también es que nuestra experiencia con la Comisión de Seguimiento Legislativo de la ley 2570 es que esta comisión se constituya en el ámbito de la Legislatura, esto es lo que dije.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Pero no es una comisión mixta legislativa, es una comisión mixta integrada por distintas áreas, así interpreto yo la ley, no sé como había sido planteada ni conozco el espíritu de los autores pero acá habla de una comisión mixta, entendiendo con esto que es intersectorial, no que la integra la Legislatura.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Voy a insistir un poquito porque me pasa lo mismo que al legislador Barros. Con relación a las casas de medio camino, si no escuché mal, el doctor Vilosio dice que hay siete habilitadas, mi pregunta concreta es en cuántos lugares se ha solicitado y no se ha habilitado.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Respecto a la Comisión de seguimiento es mixta, efectivamente, lo que está claro en la ley es que no está establecida en el ámbito específico del Consejo de Salud Pública.

Me parece que yo no debería prolongar este ping pong, la ley no nos adjudica a nosotros la responsabilidad de su convocatoria en todo caso pero reitero, señor presidente, que para nosotros es un medio idóneo y necesario para continuar la discusión, no de la ley sino la discusión del programa, de las actividades y de la trascendencia que esto tiene.

Respecto a la cantidad de casas de medio camino que se han solicitado y no se han habilitado, la lista específica yo la tengo que consultar en este momento con la gente de Salud Mental pero le quiero transmitir, señor presidente, que más allá de la localización geográfica específica que entiendo que es un dato muy relevante, y si me da unos minutos lo podemos dar, yo quisiera resaltar, sobre todo resaltar en éste ámbito que lo que nosotros necesitamos es poder contar con la articulación de los recursos, yo insisto en esta cosa no porque nos estemos planteando sacarnos el lazo de la responsabilidad de generar estas instancias fundamentales, sino porque esto es un parte esencial de la filosofía del programa de recuperación porque sino vamos a terminar hospitalizando nuevamente a toda nuestra estructura de salud mental. En este momento me informan que los lugares donde tenemos necesidad prioritaria a esta estructura son fundamentalmente Bariloche, como ya hemos hecho referencia, Choele, Catriel y Regina.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Acá tengo copia del Diario de Sesiones de cuando se sancionó esta ley, por una gran casualidad el artículo 23 que conforma la comisión mixta fue a propuesta del único del legislador que no votó la ley, que fue Hugo Epifanio y el texto que fue aceptado decía: "Crease esta comisión mixta para la promoción y evaluación permanente de la aplicación de la presente ley integrada con representantes de sectores intervinientes, esta comisión propondrá las enmiendas que estime adecuadas antes del 10 de diciembre de 1993". Bueno obviamente como tal, como comisión mixta no parece haber quedado taxativamente de donde había que reunirlos, si se hicieron distintas gestiones con distintos organismos, por ejemplo el Superior Tribunal de Justicia, Ministerio de Gobierno, Policía y se hicieron citaciones no siempre con éxito. Yo creo que así como acá han quedado sugerencias y compromisos como los ha generado el legislador Larreguy con respecto a algunos programas, creo que de esta sesión va a quedar el compromiso de citación a partir del Poder Ejecutivo, del Departamento de Salud Mental del Consejo de Salud Pública de una comisión de seguimiento sobre todo para cumplir con el espíritu de la ley que era para ver que enmiendas puede llegar a necesitar o podía llegar a necesitar antes de diciembre de 1.993, estamos con varios años de atraso.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Yo tengo una última pregunta que es la siguiente, en el artículo sexto de la reglamentación de la ley habla de: "...créase la Comisión de Análisis de Promoción Laboral", quería saber si esa comisión está funcionando si se ha realizado algún trabajo, análisis de la reeducación de las personas que están en el ámbito de la salud mental y su reinserción laboral.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Le estamos facturando al secretario que viene todos los días al recinto las comisiones que no se hicieron en la última década.

Tiene la palabra el secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Quiero justamente reiterar este hecho cronológico: Esta ley se aprobó en el año 1991 y me gustaría responder por el pasado, pero tan pasado no puedo, lo que sí puedo responder efectivamente es que más allá de la constitución formal de esta comisión, desde Salud Mental y particularmente desde los equipos de Salud Mental, se ha trabajado intensamente en la promoción laboral de los usuarios, porque ésta -y por eso seguramente fue planteado específicamente en la ley- es una estrategia central para la rehabilitación y se han desarrollado estrategias para que los usuarios puedan mantener su inserción laboral, previa a la crisis, a través de acompañamiento y apoyo institucional. Como ejemplo de esto vamos a señalar que desde el Departamento de Salud Mental y desde los equipos de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública oportunamente se gestionaron subsidios de programas de inserción laboral, en su momento eran los PIT, los TRABAJAR, que se otorgaban por parte de esos organismos y se concretaron emprendimientos socio laborales que voy a enumerar porque me parece que son muy significativos: Un horno de ladrillos para el Instituto Nuestra Casa de General Roca, que proveyó de materia prima para la construcción o refacción de viviendas de usuarios del sistema en el área programa de General Roca; el desarrollo de un mini-emprendimiento de lavado y planchado manejado por usuarias de Salud Mental del hospital Choele Choel, que funcionó durante el 92 y 93; un vivero frutihortícola de los usuarios de Viedma; se ha gestionado y se han otorgado subsidios para emprendimientos socio-laborales desde la Unidad Ejecutora PRONUR de Viedma; se ha promovido la contratación por parte del Municipio de General Roca de usuarios del Instituto Nuestra Casa, que es el que hoy hemos integrado a la División Salud Mental del hospital de General Roca, digo usuarios del Instituto Nuestra Casa declarados inimputables durante tres años consecutivos, que fueron contratados para limpieza y desmalezamiento de vías férreas y baldíos de la ciudad. En la actualidad se ha dado un paso cualitativo y trascendente como es el de la conformación y la puesta en funcionamiento de lo que se denominan las Empresas Sociales de Usuarios y Familiares que son gestionadas por los distintos Servicios de Salud Mental de la provincia y las que hoy tenemos en funcionamiento son: La de Administración de Residencial, Fabricación y Venta de Pan que se gestiona por el primer grupo cooperativo de familiares y usuarios registrado en la Dirección Provincial de Cooperativos como Cooperativa "Manos Laboriosas" de Cinco Saltos. La explotación de una chacra en IDEVI de Viedma, que fue donada oportunamente. El trabajo que se desarrolla en el ámbito de la Chacra Experimental de Lamarque que abastece de verduras frescas y otros insumos alimentarios al Hospital de Choele Choel y al de Lamarque. La gestión y el manejo del kiosco hospitalario del hospital de El Bolsón; similar empresa con el kiosco hospitalario del hospital de Choele Choel. La gestión de un vivero florihortícola y huerta comunitaria que abastece al hospital de Viedma. Una empresa social de elaboración de comidas que funciona aquí mismo en Viedma y la Empresa Social Pañalera de Villa Regina. En el caso de El Bolsón, particularmente, está concretándose la puesta en funcionamiento de una empresa social dedicada a la fabricación de objetos de cerámica, que va dirigida fundamentalmente a adolescentes en riesgo psicosocial y que de alguna manera, directa o indirectamente, va a favorecer a más de ciento cincuenta usuarios. De manera que se ha desarrollado, se ha

llevado adelante una estrategia de reinserción laboral desde el Programa de Salud Mental de la provincia.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Pasamos al tratamiento del punto número 11 "Controles bromatológicos provinciales y los efectuados por convenios con las municipalidades".

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Vamos a describir las tareas que se realizan desde la Dirección de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública a este respecto, así como cuál es el marco contractual que se establece con los municipios, la estructura de laboratorios de bromatología que disponemos y si resulta pertinente, podemos dar algunos ejemplos concretos de intervenciones de la Dirección de Salud Ambiental a través de su área de bromatología en situaciones muy particulares, como son los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.

El Consejo Provincial de Salud Pública mantiene diversas tareas vinculadas al control de alimentos. En primer lugar realiza la inscripción, habilitación y fiscalización de los establecimientos elaboradores de alimentos y subproductos en su carácter de única autoridad provincial de aplicación del Código Alimentario Argentino, es decir, de la ley 18.284.

Estas actividades que son indelegables del Estado provincial, se coordinan con los diferentes municipios a efectos de optimizar la disponibilidad de recurso humano en las tareas de inspección y registro.

Tenemos en este momento convenios firmados con los municipios de Viedma, Chimpay, Choele Choel, Pomona, Darwin, Belisle, San Antonio Oeste, Contralmirante Cordero, Campo Grande, Cinco Saltos, Sierra Grande, Mainqué, Cervantes, General Roca, Ingeniero Huergo, Allen, Villa Regina, Chichinales, Beltrán, Ñorquinco, El Bolsón, Fernández Oro y Godoy. Estos convenios, que engloban todas las actividades de Salud Ambiental en lo referente a Control de Alimentos, delegan al Municipio las actividades de fiscalización del ingreso de productos alimenticios al radio urbano y su comercialización, manteniendo el Consejo de Salud Pública el contralor industrial, el apoyo de laboratorios y la fiscalización general del proceso. Oportunamente se firmó también un convenio con la Municipalidad de San Carlos de Bariloche, en este mismo sentido, pero su ejecución se encuentra suspendida porque indudablemente hay una situación de conflicto, hay interinstitucional por el tema de las incumbencias de los laboratorios, el de salud ambiental del Consejo Provincial de Salud Pública y el del municipio de Bariloche.

Estas actividades de inscripción fundamentalmente se refieren a dos áreas importantes: La reinscripción de Establecimientos Industriales y sus productos, que desde 1995 -hay que consignar- se lleva adelante un programa para actualizar las habilitaciones, que antes se otorgaban sin fecha de vencimiento, y la otra actividad es la inscripción, son de establecimientos nuevos y productos nuevos que no estaban bajo el control del Consejo de Salud Pública y el ejemplo típico son las panaderías, las fábricas de pastas y las fábricas de productos artesanales. Estos establecimientos que en general no realizan tránsito federal o no reúnen los requisitos establecidos en el código alimentario porque son unidades familiares o artesanales, anteriormente al desarrollo de esta política, circulaban exclusivamente con habilitación comercial del municipio o directamente sin ningún control sanitario. Para regularizar esto se creó en el ámbito de la Dirección de Salud Ambiental, el Registro de Tránsito Intraprovincial en donde se inscribieron, previo control de laboratorio, todos estos pequeños establecimientos. En cuanto a la fiscalización directa de los productos, el Consejo de Salud Pública implementa un sistema de muestreo programado en góndola, es decir, directamente en el expendio del producto, a través de un sistema en el cual se han codificado los distintos tipos de productos y con una metodología aleatoria cada laboratorio regional se encarga de la inspección semanal de determinados rubros de productos. Lo más importante es que a partir de este control aleatorio en góndolas, nosotros contamos con información que hemos denominado una semana bromatológica por compararla con la semana epidemiológica que incluye todos los productos no aptos, que son detectados por algún motivo u otro, por fallas formales o por cuestiones

bromatológicas, bacteriológicas y demás. Esta información semanalmente se distribuye a las Cámaras de Comercio y a los Municipios para que inicien las actuaciones correspondientes y es remitida por dos vías: A través del correo -en algunos casos- o a través de las Zonas Sanitarias. Este es un esquema pionero en el país y ha motivado que el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, el INPAZ, que depende de la Organización Panamericana de la Salud, financiara unos talleres que durante el año pasado y este se hicieron aquí en Río Negro, con el objeto de motivar y poder incorporar a los laboratorios de otras provincias un esquema similar al nuestro, con idea de crear una red regional.

En cuanto a la fiscalización, nosotros instrumentamos un sistema de fiscalización para verificar el cumplimiento del Código Alimentario Argentino en toda la cadena, de forma tal de monitorear establecimientos y comercios. Para ello se trabaja con un cuerpo de inspectores propios. Se instrumentó un curso para la formación de nuevos inspectores, en forma acorde a la necesidad de recapacitar personal.

Ya los egresados del primer curso están efectuando sus primeras tareas de campo.

Operativos de control fueron realizados este año en centros turísticos antes del inicio de las respectivas temporadas, el caso concreto, es Las Grutas y Cerro Catedral y en localidades del Alto Valle, Bariloche y Viedma. Actualmente hemos focalizado la tarea en ejecutar operativos en localidades pequeñas o medianas, tales como Río Colorado y General Conesa y en pequeñas localidades de la línea sur.

En el presente año se han constatado 323 infracciones al código alimentario. En cuanto a la incorporación de nuevos sistemas de control, la provincia ha sido la primer provincia argentina en incorporar como obligatorio para su industria, el Análisis de Riesgos y Puntos Críticos de Control. Este sistema se basa en criterios de prevención y de eficiencia e implica una actividad conjunta entre la industria y el sector salud, que es el órgano de fiscalización y de control. Para instrumentar este sistema de puntos críticos se organizaron talleres de formación, que fueron monitoreados, fueron dictados inclusive por el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis.

En cuanto al apoyo de laboratorios, podemos decir que el Consejo Provincial de Salud Pública, consciente de la importancia de la red de laboratorios en este área, ha concretado la ampliación del laboratorio de bromatología de Viedma; esto se finalizó el año pasado con la incorporación de un área de parasitología y un área de flujo laminar para bacteriología; la ampliación del Laboratorio de Villa Regina actualmente en ejecución y el próximo inicio de las obras de construcción del Laboratorio de Cinco Saltos, para lo cual ya están suscriptos los convenios con la Municipalidad de Cinco Saltos y con Casa Rionegrina para la provisión de materiales.

En el caso de Bariloche está proyectado y planteado ante PROMIN, en el marco de la asistencia del PROMIN, la ampliación de la capacidad operativa del laboratorio que actualmente tenemos, incorporando actividades de control de alimentos y partiendo, en una primera etapa, de fortalecer el área del diagnóstico bacteriológico. Cada laboratorio cubre las necesidades analíticas de Salud Pública y de los municipios en una región determinada, por ejemplo, Viedma cubre toda la costa Atlántica y la línea Sur; Cinco Saltos el Alto Valle Oeste, Villa Regina el Alto Valle Este y la Comarca Andina. El control analítico incluye análisis bromatológicos de todos los Programas de asistencia alimentaria efectuados por Salud, Acción Social, Educación y Municipios.

En cuanto a vigilancia de enfermedades de origen alimentario, el Consejo Provincial de Salud Pública mantiene vigilancia epidemiológica de los brotes de enfermedades de transmisión alimentaria. Se trabaja en instrumentación de puntos focales de enfermedades transmitidas por alimentos, basándose en la articulación entre municipio y Salud. Un ejemplo de ello son los talleres de organización del nivel local efectuados el presente año en Cinco Saltos y Viedma con mas de 80 participantes de todas las organizaciones sociales vinculadas, que se agregan al taller para la organización provincial del sistema efectuado en el 96 en Cipolletti con el auspicio del SEPANSO, éste en el transcurso del 96/97 la Dirección de Salud Ambiental intervino en seis brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y en un total de 192 casos de estas enfermedades fueron denunciadas desde los hospitales.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más dudas sobre el punto 11, pasamos al punto 12 "Qué controles efectúa la Dirección de Sanidad Ambiental para evitar daños al ambiente y perjuicios a las personas".

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - La Dirección de Salud Ambiental del Consejo Provincial de Salud Pública tiene incumbencia, responsabilidad en tres grandes áreas, uno es el control de la zoonosis, es decir, las enfermedades que se transmiten de los animales al hombre; otro es la protección de los alimentos, algo de esto vimos en la pregunta anterior y el tercero es la protección del medio ambiente. Toda esta tarea tiene muchos flancos que exceden la tarea habitual de las instituciones de salud y requieren permanentemente la articulación extrasectorial y con un enfoque multidisciplinario.

Voy a obviar algunas consideraciones salvo que el señor presidente tenga una mejor idea, obviar algunas descripciones sobre cómo funciona orgánicamente el área de Salud Ambiental, de cualquier manera esto está expresado detalladamente en el informe que entregamos y voy a entrar en lo que es la descripción de las actividades que se realizan en relación al medio específicamente, al control del medio.

Ejemplos de las tareas que se hacen para controlar la salud del medio ambiente son los siguientes: El monitoreo que se realiza para evaluar riesgos para la salud vinculado al agua de bebida que, por ejemplo, permitieron detectar y monitorear elevados niveles de arsénico y flúor en localidades de la Línea Sur en los meses de marzo y abril del '96. En función de ello, el Consejo Provincial de Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Ambiental, inició gestiones ante nación con el fin de adquirir plantas de ósmosis inversa que son los equipos que permiten potabilizar el agua a un máximo nivel de exigencia. En función de estas gestiones realizadas, el ministerio ha entregado días pasados tres plantas de ósmosis inversa de distintas características que en los meses próximos van a ser instaladas por el Departamento Provincial de Aguas en determinadas localidades con el fin de reforzar las actuales plantas de tratamiento convencionales. Estos equipos se vienen a agregar a uno que ya está en funcionamiento, que fue adquirido por el D.P.A. e instalado en Ramos Mexía.

Ante la situación de los derrames de petróleo en la cuenca del río Colorado, la Dirección de Salud Ambiental trabajó en el monitoreo de la calidad de agua de bebida para determinar sus posibles niveles de contaminación. Se tomaron muestras de agua de bebida de las redes de las localidades de Catriel y Río Colorado, se efectuaron los análisis en la Unidad de Microanálisis y Métodos Físicos de Química Orgánica del CONICEF de la Universidad de Buenos Aires y además se mandaron muestras a la Empresa Neuquina de Servicios de Ingeniería, esto es porque esta empresa se especializa en petróleo.

Las muestras extraídas en dichas localidades de acuerdo a normas internacionales, se utilizaron para determinación y cuantificación de hidrocarburos por espectroscopía infrarroja. Tenemos una descripción de los resultados que si cabe la podemos transmitir, pero como ejemplo de otra actividad realizada puede citarse el monitoreo constante de calidad de aguas en escuelas públicas y en redes públicas. Por ejemplo, en el brote de hepatitis de Maquinchao, no incluyó componentes el agua de bebida, la cual en forma permanente resultó clorada por el D.P.A. según los controles efectuados, controles que hacía Salud Pública.

Otros aspectos de incumbencia del Consejo Provincial de Salud Pública son los referentes a residuos patológicos. En relación a esto, hemos avanzado en el armado de un esquema de mejorar el nivel de tratamiento de los mismos; tenemos una situación despareja en los hospitales, algunos muy equipados y otros muy atrasados y hemos planteado esto como una necesidad ante el Banco Mundial, con el cual tenemos en elaboración un anteproyecto de reforma y en conjunto con la gente de Salud Ambiental se ha hecho el diseño de los hornos nuevos o de las modificaciones que hay que hacer, según el caso, tanto en General Roca, en Villa Regina, Allen, Cipolletti, Río Colorado, Viedma, -que lo tiene incluido en el programa del nuevo hospital que se empieza a construir ahora- San Antonio Oeste, El Bolsón, Los Menucos, Maquinchao Ñorquinco y Comallo.

En relación a las radiaciones ionizantes, que es otro ámbito de responsabilidad nuestra, el Consejo de Salud Pública aplica la Ley 17557 que regula la instalación y el uso de equipos generadores de rayos X. Actualmente la totalidad de los mismos, tanto públicos como privados que se encuentran bajo nuestro control, cumplen las regulaciones pertinentes.

Se colabora también en forma permanente con la Secretaria de Trabajo, autoridad de aplicación de la Ley 19587 de Higiene y Seguridad Laboral, monitoreándose todo lo vinculado a seguridad de trabajadores que están vinculados con rayos X. Finalmente y en atención al tema medioambiental, nosotros, el Consejo, con los municipios tenemos una relación directa de asesoramiento en lo referente a la disposición final de residuos y diseño de basurales, en particular para municipios pequeños, pero digo en términos de asesoramiento, no somos ejecutores ni tenemos autoridad por encima de los mismos y esto viene a colación de algún tema que hablamos hoy más temprano en cuanto a los basurales municipales. Es todo, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - En este tema de Salud Ambiental tenemos una cuestión puntual que surgió en el año 1996 por una denuncia del personal del hospital de General Roca con respecto al horno de residuos patológicos, de quema. Acá tenemos una resolución que de oficio dictó el Defensor del Pueblo, que toma artículos periodísticos de esa fecha y hace consideraciones solicitando a Salud Pública establezca la relación. Además de esta denuncia que hace el Defensor del Pueblo, tenemos muchas más, porque nos hemos tomado el trabajo de levantar las denuncias ante esa Defensoría y que ésta deriva al Consejo de Salud Pública; algunas han sido contestadas y otras no; hablan de que existen denuncias en los Servicios de Salud y algunas también en Salud Ambiental, creo que es un buen trabajo del Defensor del Pueblo.

El otro tema es el siguiente: Está en funcionamiento este horno de General Roca?, si no está, por lo que ha dicho recién el doctor -a futuro todo- hay un programa; está bien, por lo menos las ideas, los proyectos y los programas los tenemos, está muy bien. Las cosas antes del '95 no las cumplimos porque las hizo otro. Si ese horno no funciona, cómo se está solucionando actualmente el problema que genera este tipo de residuos que son peligrosos para la salud pública y que se repite en todos los hospitales?, porque, como ha dicho el doctor, no existe tratamiento para esos residuos.

SR. PRESIDENTE - Me podría aclarar la pregunta, legislador Barros?.

SR. BARROS - La pregunta concreta es: Si no está funcionando en este momento el horno, cómo se resuelve este tema?, a través de la actividad privada casi seguro, pero qué hace la actividad privada?, porque ahora vamos a discutir dónde lo quema, cómo lo quema, si es una empresa autorizada, o si no lo es, etcétera.

SR. PRESIDENTE - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Este tema efectivamente -como bien dice el señor legislador- data, en el caso concreto del hospital de General Roca, del año 1996. El horno que tiene este hospital tiene serios defectos de estructura, está viejo, hay una parte que se cae a pedazos; concretamente, cuando salió de servicio, lo primero que se hizo fue contratar a una empresa privada de Cipolletti y en segunda instancia, por una cuestión de costos, contratar un horno privado de la localidad de General Roca, que es donde se incineran los restos patológicos, se transportan de acuerdo a normas de bioseguridad en bolsas plásticas identificadas y se incineran en este horno privado.

Voy a hacer alguna consideración, señor presidente, porque esto, tomado como un hecho aislado, tiene una imagen, una sensación, pero ocurre que el municipio de General Roca licitó en el curso de este año un horno incinerador para residuos, incluyendo el servicio de incineración o eliminación de residuos patológicos con la idea que fuera utilizado tanto por el hospital público como por el privado, por los vecinos de Roca y por los de la zona de influencia. Nosotros buscamos alternativas transitorias hasta contar con este horno que licitó el municipio de General Roca, proceso que finalmente quedó trunco. Ahora aparentemente se han vencido los plazos y el horno no va a ser instalado. Nosotros hemos buscado financiamiento propio al no contar con un esquema municipal para hacerlo en el hospital, no es que simplemente nos conformamos con que el horno no andaba y buscamos alguna alternativa afuera nada más.

Quiero decir también, jugando con esta frase del futuro, que nos llena de orgullo venir acá con ideas, con proyectos, porque estamos acá porque hay un pasado y tenemos idea porque estamos convencidos que tenemos futuro, entonces yo lo siento como un elogio esto que se me plantea y para nada como un descuido ni mucho menos porque estamos muy seguros de lo que estamos exponiendo y de lo que hemos demostrado y mucho de esto, bueno, entra ya en el marco de los fuegos artificiales, de las reglas de juego, como hablábamos antes, pero estamos muy contentos de tener futuro e ideas para el futuro. En el presente, tenemos soluciones concretas y cosas en marcha y en este tema del horno patológico le digo que no sólo no dije en ningún momento que no existen hornos patológicos en los hospitales, reitero, dije que hay hospitales que están muy bien equipados y que hay hospitales donde tenemos problemas y dije también que tenemos acordado el financiamiento para esto. Esto es así; si lo hubiéramos hablado el año pasado hubiera sido distinta la cosa, yo hubiera dado otra respuesta, estamos trabajando en conjunto con el municipio de Roca puntualmente para ese proyecto.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - Ha contestado parcialmente mi pregunta. Quiero saber si esa empresa, que tiene un contrato con Salud Pública, está autorizada por ésta, si tiene una licencia y responde a la ley nacional de residuos peligrosos.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - La contratación ha sido hecha desde el Consejo Local de Salud del hospital de General Roca donde están representados todos los sectores, digo todos los sectores porque inclusive sectores de índole gremial que han planteado su disconformidad con este esquema han aprobado este contrato.

Nosotros no tenemos en Salud Pública la facultad de habilitar o no este tipo de instituciones o de empresas, de manera que no tiene habilitación de Salud Pública porque no corresponde que así sea. Entiendo que lo que sí corresponde es que sea habilitada en el ámbito municipal en General Roca y entiendo - digo entiendo porque lo consultamos antes de la sesión de hoy con la gente del área programa de General Roca- que cuentan con esta habilitación.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más preguntas pasamos al punto 13 "Plan de infraestructura hospitalaria previsto en el presupuesto 97/98".

Tiene la palabra el doctor Vilosio para hablar del 98 (risas).

SR. VILOSIO - No quiero que el legislador me rete de nuevo por mirar el futuro.

Vamos a sintetizar en esto, si le parece bien, señor presidente. En el plan de obras públicas en Salud dentro de la ley de presupuesto 97, que fue aprobada en esta Legislatura, fue incluido totalmente dentro de la Secretaría de Estado de Obras Públicas; nosotros hicimos el reclamo correspondiente, lo hablamos con la gente de Obras Públicas, esto obviamente no se va a repetir en el presupuesto del 98 porque si no genera una disociación, el presupuesto por un lado y el requerimiento por otro. En ese presupuesto estaba previsto un conjunto de obras, son 64 en total las presupuestadas para el 97 que van con montos entre 3 mil y 2.300.000, en total eran 7.700.000 pesos para obras en distintos lugares, pero los más significativos desde el punto de vista del costo eran los previstos para la terminación de

las obras de los hospitales de General Roca y de Villa Regina, entre los dos implicaban un monto de alrededor de 5.600.000 pesos, de estos 7.700.000.

Qué paso con el tema de la obra de Villa Regina?, bueno, como ya dijimos antes la obra del hospital nuevo está inconclusa, la empresa constructora estaba reclamando una deuda al Estado provincial por un monto superior a los 2.300.000 pesos en concepto de deuda por ésta y por otras obras que había realizado con anterioridad para la provincia.

A través de gestiones que se realizaron desde la Secretaría de Obras Públicas se logró un acuerdo con la empresa, que es Riva, sobre la base de reconocer deuda por un monto aproximado a 1.600.000 pesos de los 2.300.000 originales, de los cuales aproximadamente 400 mil se compensaron con la Dirección General de Rentas y el resto 1.200.000 se acordó, fue aceptado por la empresa, sean abonados a través de CEDEPIR.

En cuanto al pago de la obra pendiente, porque esto es para atender a la deuda, se acordó el desembolso inicial de 150.000 pesos y diez cuotas mensuales de 75.000, lo que permite, en definitiva, que la obra se termine en un plazo aproximado de 180 días de trabajo.

En cuanto al hospital de General Roca, la realización del proyecto de ampliación que ya estaba definido, que no se concretó en su momento por la falta de financiamiento. Este proyecto existe. Nosotros a través del Programa de Reforma del Sector Salud, PRESSAL, hemos gestionado y obtenido la posibilidad de acceder a una extensión del crédito que hasta este momento el PRESSAL a nosotros nos estaba brindado sin cargo, es decir sin costo para la provincia asistencia técnica en cuestiones de reformulación del sistema, pero se nos ha ofrecido ingresar a una extensión del crédito que va dirigida al desarrollo de infraestructura en salud y en este sentido el proyecto que nosotros ya adelantamos que vamos a presentar ante el PRESSAL es la concreción de la ampliación del hospital de General Roca y la obra referente al nuevo hospital de Cipolletti. Este programa, esta línea de crédito a la cual el propio banco directamente nos indicó su interés que ingresemos prevé además de la obras de infraestructura, de ladrillos digamos, tiene un componente de comunicaciones e informatización del sistema, lo cual es muy importante para la gestión de estos hospitales que se remodelen o se reconstruyan.

En cuanto al hospital de El Bolsón, que es otra obra significativa que está en marcha, hemos hecho ya referencia a su inclusión dentro de la operatoria del programa provincias y la contrapartida provincial correspondiente. Y después hay un conjunto de pequeñas obras -yo decía hay obras desde 3.000 pesos en adelante- que se han hecho en algunos casos parcialmente y en otros totalmente con algunos fondos que venían del presupuesto de obras públicas con subsidios o aportes del Consejo de Salud Pública y fundamentalmente con el trabajo en conjunto con IPPV, con CASA Rionegrina y con la Dirección de Comisiones de Fomento, tal es el caso de algunas reparaciones o refacciones u obras menores que se han hecho en Jacobacci, en Sierra Colorada, en los Menucos. Debo señalar también que en esto se trabajó en conjunto con los municipios, que no sé si lo había hecho antes. En cuanto al plan de obras para el 98 nosotros no hemos arrancado todavía con la discusión del presupuesto nuestro para el 98, de manera que no lo tenemos detallado pero obviamente es la continuación de las obras que faltan hacer de ese programa de 64 obras previstas para el 97, hay varias que han quedado pendientes, que no han tenido financiamiento y se incorpora a esto toda la operatoria que se refiere al hospital Zatti. Esto ya es conocido públicamente pero son más o menos 7.000 metros cuadrados de obra que se refuncionalizan, que se sanean, que se construyen de nuevo y que implica durante los primeros meses una erogación de una cuota mensual de 50 mil pesos a cargo del Estado provincial. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Si no hay más preguntas sobre el punto 13 pasamos al punto 14 del temario: "Tercerización en el sistema de salud pública".

Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - En realidad, señor presidente, yo tenía muchas ganas de hablar de esto desde que empezamos, pero voy a tratar de ser muy breve en esto.

El marco general para el régimen de lo que se ha denominado la tercerización, digamos, está incluido en la ley del régimen general de desvinculación voluntaria que fue aprobada en esta Cámara el 22 de setiembre. Este marco legal hay que ponerlo en el contexto de la reforma del Estado provincial y en este sentido hay que señalar que nosotros tenemos como parte del Poder Ejecutivo, una premisa fundamental, que es la atención prioritaria a las consecuencias sociales de este proceso de reformas, que en otras jurisdicciones nacionales, en otras jurisdicciones del país ha sido fuertemente conflictivo y doloroso y con consecuencias sociales muy duras.

En este sentido y particularmente en lo referido a las condiciones para el desarrollo de la tercerización en el ámbito de salud, en el Consejo de Salud Pública manejamos algunas premisas básicas. Primero, es necesario aportar a una mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud. Segundo, es necesario generar economías que puedan volcarse a fortalecer las condiciones de funcionamiento del área. Tercero, la necesidad de asegurar apoyo técnico y de gestión a los emprendimientos que se desarrollen y garantizar el cumplimiento de los objetivos indelegables del Estado en materia de Salud, preservando universalidad en la cobertura, preservando las condiciones de acceso al sistema, la eficacia y la calidad de las prestaciones.

Nosotros hemos orientado nuestra idea respecto a la tercerización, nuestra idea sectorial digamos, hacia lo que globalmente se denomina sectores, áreas o actividades de apoyo. Yo decía hoy más temprano que las áreas de Mantenimiento, Producción y Servicios Generales totalizan algo más de 1.000 agentes del Consejo, es decir, prácticamente la cuarta parte de nuestra planta de personal, esto sin considerar que algunos sectores encuadrados dentro del área administrativa, responden a funciones de este tipo.

Nosotros creemos que para definir más exactamente cuáles sectores dentro de estas áreas que creemos son ideales para ofrecerles alternativas de tercerización, son necesarias algunas preguntas que nos pueden guiar en la definición y en la elección de estas áreas que le digo, señor presidente, un requisito fundamental es que estos sean mecanismos voluntarios, no compulsivos; primero es definir cuál es la especificidad del servicio que se va a tercerizar o qué tan bien puede definirse exactamente lo que se quiere lograr con la tercerización para que todo el proceso sea transparente. En segundo lugar, si tenemos oferta, es decir, si hay interés en alguien en tomar este servicio. ¿Cuál es la eficacia y efectividad?. ¿Cuál es el tamaño requerido a una unidad económica para que pueda prestar el servicio?, nosotros no podemos hacer cuestiones de aventurerismo en esto y empujar a nuestra gente a emprendimientos que pudieran fracasar rápidamente. ¿Cuál es la relación costo beneficio? En cuánto afecta esto a los usuarios y cómo es percibido este impacto por los usuarios? ? ¿Qué tan susceptible puede ser este servicio al fraude?, es decir, su grado de transparencia en la gestión? Hay actividades, hay acciones que son más o menos transparentes, según como se ordene en su gestión interna. ¿Cuál es el grado de equidad económica, en cuanto a qué masa de recursos debe destinarse, y en este sentido si son prioritarios o no, es decir, si tiene sentido invertir mucho en tercerización en áreas que pudieran no ser prioritarios como objetivos de política del Estado. ¿Cuál es el grado de equidad que se asegura para el acceso a las minorías y sectores carenciados que son nuestro objetivo central y cuál es la posibilidad concreta que tenemos de controlar los servicios que se tercericen.

Nosotros hacemos todas estas salvedades porque de alguna manera van definiendo el perfil de lo que queremos impulsar pero además de lo que queremos impulsar, algunos sectores de los propios trabajadores de salud nos están planteando como inquietud propia en búsqueda de alternativas para mejorar su vinculación o modificar su vinculación con el Estado provincial. Nosotros cuando hablamos del servicio de apoyo, estamos haciendo referencia concretamente a servicios tales como los de cocina, lavadero, limpieza, vehículos, mantenimiento de edificio, equipamiento hospitalario. En términos generales estos servicios tienen, además de las características comunes a lo que pudiera ser un proceso de tercerización, algunas condiciones propias particulares que devienen de prestar el servicio en un ámbito sanitario, por ejemplo, el lavadero de ropa, la limpieza o el mantenimiento de vehículos o la cocina, tienen que responder a ciertas pautas técnicas muy específicas de calidad y de condiciones de trabajo, no es lo mismo limpiar el pasillo de un hotel que el pasillo de una sala de internación.

Con esto he pretendido plantear cuál es el marco, cuáles son los recaudos, cuál es la visión que nosotros tenemos desde Salud Pública de lo que pudiera ser este proceso de tercerización, que por otro lado, conceptualmente y filosóficamente apoyamos y creemos que hay que estimular dentro de estas premisas que acabamos de plantear.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - En consideración el punto 14.

Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - La tercerización tiene varios fines, uno es seguramente bajar el costo. Sabemos que organizaciones mundiales han calificado en la República Argentina a las provincias de acuerdo al gasto y sabemos que Río Negro tiene el gasto más alto y una eficiencia relativa, o sea que la tercerización seguramente va a tender a bajar el costo, que no está mal, -que no se asuste el doctor Vilosio- no está mal y por otro lado, también va a tener que cumplir condiciones que impone el Banco Mundial.

Nosotros hemos hecho un análisis y en los últimos cuatro meses se han gastado 20 millones de pesos en salarios, es decir, 5 millones de pesos mensuales que multiplicados por 12 y sumando el aguinaldo nos da 65 millones de pesos en salarios. El Banco Mundial impone un máximo a gastar en salarios que es del 70 por ciento, además el techo es de 70 millones, que es lo que nos dicen que podemos gastar. El 70 por ciento de 70 millones son 49 millones, si tenemos un proyectado de 65 millones y no podemos gastar más de 49 la diferencia es de 16, por lo que quiero que el doctor Vilosio me diga cómo va a hacer para economizar esos 16 millones y si piensa hacerlo a través de la tercerización cómo tiene pensado hoy el sector Salud Pública llegar a las condiciones del Banco Mundial para acceder al préstamo que aprobamos días pasados. Después sigo con otras preguntas.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Quiero señalar en primer lugar que entiendo que la pregunta del legislador no se refiere a la tercerización, se refiere concretamente a la Carta Intención, a los compromisos asumidos, al marco establecido por el acuerdo entre el gobierno provincial y el Banco Mundial en el marco del PRL2. Podemos charlar con mucho gusto de los números, de los 70 millones, de los 65, de los 40, pero quiero dejar absolutamente claro que a mí se me preguntó y se me pidió un informe específico sobre la tercerización en Salud y ahora se me interroga sobre cómo nosotros pensamos cumplir los compromisos planteados y acordados con el Banco Mundial; no tengo ningún inconveniente en responder pero reitero, no es en absoluto lo que plantea la pregunta y no quisiera dejar acá la sensación de que me niego a contestar nada, he respondido sobre tercerización porque se me preguntó sobre tercerización, si se me hubiera preguntado cómo cumplir los compromisos con el Banco, nuestro informe, el que he leído, se referiría a eso. En primer lugar debo decir que el acuerdo o el marco establecido en la Carta de Política con respecto al financiamiento del sector Salud está...

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Perdón, doctor Vilosio, me permite una interrupción.

SR. VILOSIO - Si, señor presidente.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Señor presidente: Quería pedirle que nos acotemos al temario, que me parece ha sido bastante generoso. Por otra parte, el legislador Barros no debe ignorar que cuando los organismos internacionales hablan de sector Salud se refieren a algo más que a hospitales públicos, el tema de

por sí ameritaría otras doce horas de sesión para que pudiéramos hablarlo, así que me parece conducente que las preguntas se refieran y se limiten a la tercerización en el sector Salud, proyecciones, supuestos, a futuro por supuesto, de acuerdo a lo que fue preguntado y a lo que el equipo del doctor Vilosio ha trabajado.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

94/1

SR. LARREGUY - La pregunta del legislador Barros se puede sintetizar de la siguiente forma: Si el proceso de tercerización va a ser utilizado como una variable de ajuste a los fines de embretarse en el tema presupuestario concretamente; o sea, por sí o por no, si la tercerización es o no la variable de ajuste que se va a utilizar para acomodar el presupuesto del '98 a esta cuestión del Banco Mundial o no. Es decir, olvidémonos del Banco Mundial porque es cierto que es un tema más amplio, pero, la tercerización es variable de ajuste a los fines de la reducción presupuestaria en Salud Pública?. Esa es concretamente la pregunta.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Le agradezco al señor presidente del bloque la ampliación de la pregunta.

Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Insisto, la pregunta que el legislador Larreguy ha formulado se la debe hacer al ministro de Hacienda. Lo que le puede preguntar al secretario de Estado de Salud Pública es en qué forma y para qué va a usar la herramienta de la tercerización, que son dos cosas totalmente distintas.

En Salud Pública no se va a decidir si esto va a ser variable de ajuste o no, en última instancia será una variable de eficiencia y de mejoría para el usuario; el ministro de Hacienda podrá responder claramente si ésta forma parte de la tercerización de un paquete destinado al gasto público. Nos parece que hoy estamos acá reunidos para hablar de salud pública.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Doctor Vilosio: Le quedó clara la pregunta?, la puede contestar?. Dos palabras, no, sí.

Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - El señor presidente del Consejo de Salud Pública es el doctor Vilosio no el doctor Sarandría. Obvia la explicación de Sarandría porque creo que la entendió el doctor Vilosio; como usted aclaró: Nada más, por sí o por no.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor secretario Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: Me niego a responder por sí o por no, necesito algunas palabras más.

En primer lugar, el gasto salarial de Salud Pública no es de 6 millones de pesos mensuales; por ejemplo, en julio de 1997 fue, para la 1844, pesos 2.238.663 en sueldos y pesos 77.089 en guardias; para la 1904, pesos 1.205.993 en sueldos y pesos 452.999 en guardias, lo cual totaliza pesos 3.974.046. Estos totales de alrededor de 4 millones de pesos mensuales que estamos pagando en sueldos se repiten desde febrero hasta agosto de este año, de manera que 4 millones por 12 meses son 48, más un aguinaldo, suman 52. El acuerdo con el Banco Mundial lo que establece es un piso de financiamiento de 70 millones o el 10 por ciento del presupuesto provincial; lo que se tiene que garantizar son 70 millones de disponibilidad financiera no presupuestaria. Esto lo quiero dejar claro porque, discúlpeme señor presidente, el tema del presupuesto, vio?, después de tantos años, uno a veces lo mira..., no, no, el acuerdo establece disponibilidad financiera de 70 millones; si nosotros estamos en un gasto salarial de 52, 53 millones de pesos, obvio decir que el recurso financiero disponible para funcionar va a ser significativamente mayor, inclusive al que dispusimos durante el '97 y mayor al que dispusimos durante el '96, de manera que los números en estos famosos 70 millones mágicos son, les diría francamente, muy beneficiosos para el sector Salud.

Debo decirles también que en la discusión política con los sectorialistas del banco surgió un planteo, primero a los que negociábamos con ellos desde el punto de vista sectorial y después concretamente a las máximas autoridades de gobierno, la necesidad de asegurar y de mejorar todavía más, si fuera posible, a dos sectores sensibles de la vida social como son la salud y la educación y mejorarlos con recursos disponibles, financieros, líquidos, de manera que éste es el contexto. Entonces, yendo a la pregunta concreta del legislador Larreguy, nosotros no entendemos que el tema de la tercerización en salud sea la variable de ajuste de las cuentas, por supuesto que hay también en este marco un acuerdo establecido de que tenemos que tener como meta a lo largo de dos años, porque éste es un proceso calculado en 24 meses, llegar a una repartición, entre sueldos y gastos, del 70 y del 30, hoy estamos sensiblemente por arriba del 80, 82 por ciento, que a nosotros nos parece alto pero, aunque debo decir que para el contexto del resto de las provincias es relativamente favorable esta proporción, o sea, se nos puso una meta, o pudimos acordar una meta de 70 por ciento porque creemos que materialmente la podemos hacer. Gracias.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Señor presidente: En primer lugar aclaro que por suerte no he compartido el proyecto de ley de tercerización, no lo he votado ni lo he aprobado y para preguntarle en términos concretos al doctor Vilosio, sin dar demasiadas vueltas, ya que está hablando de la tercerización en cocina, lavadero, limpieza, ambulancia y mantenimiento: Si se está persiguiendo mayores grados de ineficiencia, quiere decir que se está planteando en Salud Pública que los servicios actuales de cocina, lavadero, etcétera, etcétera son ineficientes, eso implicaría decir que el personal afectado a estas tareas también es ineficiente en su conjunto, entonces pregunto, cómo va a mejorar en el esquema de la Salud Pública o cómo van a hacer más eficientes los servicios tercerizados?, porque si no evidentemente y en esto, bueno, voy a sostener que se trata con este proyecto, como ya lo he dicho antes, sencillamente de una manera de disfrazar políticas de ajuste en el Estado y fundamentalmente en los servicios.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - El doctor Vilosio recién hablaba, contestando una pregunta nuestra, del promedio mensual que se gastaba en Salud; yo acá tengo el ejecutado -de la Contaduría de la provincia- y dice que en los primeros cuatro meses se gastaron 20 millones y pico de pesos, lo que habla de un promedio mensual de 5.056.468 pesos y un proyectado anual de 65 millones y pico, es decir, esto lo dice la Contaduría General sobre lo ejecutado, entonces estamos hablando de que el presupuesto en salarios será de 65 millones y por las condiciones fijadas por el Banco Mundial vamos a tener que llegar a los 49 millones.

Además, le digo que no tiene que contestar el ministro de Hacienda sino el responsable máximo de Salud Pública, porque el acuerdo con el Banco Mundial habla del sector Salud como lugar donde hay que cumplir metas, objetivos, donde hay indicadores que llevar adelante y eso es responsabilidad exclusiva del sector de Salud. Bueno, lo que pasa es que el doctor no quiere mostrar nada parece, pero realmente se está escondiendo en esta tercerización el ajuste que va a haber sobre el sector de recursos humanos en la provincia.

Para avanzar: El doctor Vilosio habló en términos generales de la tercerización, pero lo que decimos nosotros es, cómo podemos hablar de tercerización si vamos a pasar al sector privado determinadas prestaciones o vamos a hacer cooperativas o S.R.L., etcétera, etcétera con personal si no tenemos indicadores que nos puedan llevar a un proceso de licitación o de concurso y ver si es conveniente dejar el sector ese dentro de la Salud Pública o realmente tercerizarlo porque eso es conveniente para el erario público?. Lo que quiero que me responda el doctor Vilosio es por qué no existen indicadores de gestión, cuánto cuesta la cama, que ya se lo había preguntado antes y no me lo respondió, cuánto es el gasto promedio de patología por paciente, cuánto es el uso de aparatología, es decir, diversos indicadores que nos darían a nosotros la realidad que estamos viviendo en Río Negro, si es conveniente o no tercerizar, si es contratar con el sector privado, etcétera, etcétera.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Como nuevamente se han emitido opiniones, creo que estoy habilitado para hacerlo, es decir, yo no entiendo por qué acá se llama variable de ajuste y en Buenos Aires reforma del Estado, por qué acá se dice achicar presupuesto y en otros lados se dice asegurar la estabilidad.

Sabemos que formamos parte de un sistema, de un sistema económico global, no solamente global en el mundo sino más específicamente en la nación. Y yo insisto, más allá de la voluntad a la cual tiene derecho el interpelado, lo que acá se ha preguntado es con respecto a la tercerización en Salud no con respecto a todo el manejo financiero y a las proyecciones y cálculos acerca de cuánto se gasta o se deja de gastar, los indicadores que se han largado han sido muy claros, creo que lo más claro de todo el proceso de la interpelación han sido la cantidad de indicadores y simplemente estoy diciendo que lo que se preguntaba era acerca de la tercerización en salud, en forma de implementación y no su uso financiero. Por eso sigo insistiendo que es una pregunta más atinente al Ministerio de Hacienda que a la Secretaría de Salud.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el doctor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: En primer lugar, cuando se habla de ineficiencia en un servicio, este concepto no implica juicio de valor con quienes actúan dentro, ineficiencia es un término que se refiere a la relación entre el costo y lo que se produce, se es más o menos eficiente en función del costo que significa obtener el resultado que se busca, lo cual no es un juicio de valor sobre las personas, sí es un juicio de valor sobre los sistemas y yo digo, cuando hablamos de trabajadores públicos, cuando hablamos del Estado, el Estado no es tan bueno o tan malo como es cada uno de los empleados públicos individualmente, sino que el Estado es tan bueno o es tan malo en función de la calidad, la sensibilidad y la capacidad de respuesta que tengan sus estructuras, quiénes la conducen, quiénes la integran, también las reglas de juego que tienen que obedecer y cuáles son las lógicas institucionales con las cuales se manejan. Hoy hemos tenido acá algún ejemplo de lógicas distintas para casos similares dentro del hospital público, es decir, por qué no damos leña cuando alguien no cumple alguna cosa y por qué damos leña cuando alguien no la cumple; este ejemplo lo quiero señalar. Entonces, cuando hablamos de que hay servicios poco eficientes no hablamos de que las personas que están adentro sean poco eficientes, hablamos de que, en la lógica institucional, en el funcionamiento, en el marco administrativo y de gestión que les otorgan algunas estructuras del Estado, estas unidades de producción son, o costosas o el valor es despedido respecto a la calidad del producto, no es un juicio sobre las personas. Pero además, este proceso no se está planteando desde Salud como un proceso universal aplicable a todos los grupos, en todos los hospitales, en toda la provincia y en todas las localidades; yo hice expresa referencia a algunas consideraciones muy cuidadosas que tenemos que hacer en cada caso particular. No es lo mismo plantear la posibilidad de que se integre una empresa cooperativa para manejar la cocina de un hospital de 100 camas que la cocina de un hospital de 8 camas, una es absolutamente inviable y la otra, probablemente sea posible. Pero quiero decir, hay dos cosas que quiero dejar explícitamente claras. En primer lugar es que no va a ser dentro de salud un esquema coercitivo y en segundo lugar la implementación de este esquema en Salud, requiere la identificación puntual caso por caso, de las peculiaridades de

cada lugar, de cada situación en especial. Entiendo que el legislador Barros hacía referencia a mí cuando decía que el doctor no quiere mostrar, yo creo que si algo he hecho hoy ha sido mostrar y creo, señor presidente, irme con la conciencia absolutamente tranquila de que no he venido acá con una actitud hipócrita ni ocultamiento de nada, he dicho expresamente que tenemos dificultades, las he señalado y por supuesto he defendido aquellas cosas que creemos que hacemos bien; yo entiendo las reglas de juego de la sesión pero creo que hemos sido, somos y pretendemos seguir siendo absolutamente transparentes, quizá por esto es que venimos por segunda vez a esta Legislatura.

Respecto a la no existencia de indicadores me parece que, o yo hablé y no me di cuenta o él ha escuchado cosas que yo no dije, yo no dije que no hay indicadores de gastos, en ningún momento dije no tenemos indicadores, es más, planteando el tema yo le diría que el Consejo de Salud Pública, desde fines del 96 y hasta ahora está desarrollando indicadores bastante inéditos como son el monitoreo y el control del gasto por rubro que ejercen los hospitales, hoy tenemos información centralizada y metida en un sistema sobre en qué se gasta el dinero en los hospitales, que le digo, aunque parezca una verdad de perogrullo, esto ha sido difícil, arduo establecerlo y es relativamente novedoso tener una estructura pública, por aquellas cosas que decíamos de cómo son los sistemas y como son las filosofías porque la verdad que en el sector público parecía que lo que se gastaba la plata no era un problema importante para nadie, no había que mirarlo.

Entonces sí tenemos indicadores, estamos desarrollando indicadores pero además, como no somos sonsos, le hemos pedido asistencia técnica para perfeccionarlo y desarrollarlo y hoy una de las líneas de asistencia técnica que tenemos acordadas con el PRESSAL, con la Nación, con el ministro de Salud de la Nación, con los mismos lineamientos políticos que han apoyado este proceso a nivel nacional, es justamente asistencia técnica en todo el desarrollo de este esquema de tercerización, digo, porque no somos sonsos, porque somos conscientes de nuestras limitaciones y porque estas cosas también las pensamos. Entonces, tenemos indicadores, sabemos de la necesidad de desarrollar más y mejores y tenemos la solución acordada o la ayuda acordada que es la asistencia técnica que hemos gestionado. Es todo.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

SR. CHIRONI - Señor presidente: No me siento satisfecho con la respuesta del doctor Vilosio, voy a tratar de repetirla.

Si el sistema de tercerización, se supone de acuerdo a los argumentos escritos y a lo que dice el propio doctor Vilosio, que la intencionalidad es mejorar el servicio, mejorar el servicio en términos de relación con el usuario y en términos económicos. Cuáles son los problemas actuales de los servicios?, es la pregunta, cuáles andan mal? por qué? cuánto cuestan y cuánto costarían bajo el sistema tercerizado, de manera tal de encontrar que a través de este ahorro que se está planteando, en definitiva, los servicios con los usuarios van a mejorar.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor Vilosio.

SR. VILOSIO - Señor presidente: A lo mejor no nos estamos entendiendo bien con el legislador Chironi pero las preguntas que yo leí en forma de pregunta, quizá mi error fue plantearlo en forma de pregunta para que literariamente sea más digerible, digerible digo por la extensión del documento, apuntan a esto y reitero la necesidad que nosotros estamos planteando en el texto del informe, que podemos volver a leerlo, de definir estas pautas de conveniencia, de costo beneficio, de viabilidad de la unidad económica que se forme, de impacto sobre los usuarios, de posibilidades de control del sistema. Nosotros reitero, no estamos planteando un esquema a tontas y a locas de salir a regalar, a desarmar servicios, a vender, a hacer cooperativas a lo tonto, estamos planteando y eso es lo que intenté yo leer, a lo mejor tendría que leer todo el capítulo completo, estamos planteando que tenemos nuestros reparos, que conocemos estas cuestiones, que sabemos que hay que avanzar cautelosamente sobre estas consideraciones porque creemos firmemente que tercerizar es una alternativa más no es un fin en sí mismo, es una alternativa más que bien implementada puede aportar a este mejoramiento de los servicios, pero no es una receta única, universal, no es una magia que se ha descubierto ni es un objetivo en sí mismo, es una herramienta más de la cual disponemos hoy.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Barros.

SR. BARROS - No, no tengo más preguntas, solamente era para agradecerle al secretario de Estado su honestidad intelectual en este tema y su voluntad política de concurrir, como dijo, dos veces a la Cámara. Eso es lo que quería decir como miembro informante del bloque.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Sarandría.

SR. SARANDRIA - Yo quería sumarme al legislador Barros, sabemos lo que significa poder traer toda esta información a la Cámara, sabemos que este es el esfuerzo de un grupo grande de gente, creo que aparte esto es poner en práctica un ejercicio democrático y darle un papel más al Parlamento, a la Legislatura y creo que en esto es muy importante, o digamos, son tan importantes todas las partes, los interpelantes y los interpelados porque en ambos bandos, digamos, hay que trabajar, investigar y la misión final es producir mayor claridad en beneficio de los usuarios de los sistemas. Así que yo quería expresar como miembro informante de mi bloque la satisfacción por este acto de civilidad y democracia.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Chironi.

98/1

SR. CHIRONI - La mención a la presencia del doctor Vilosio ya la hice al principio, la distinguí de otras y creo que ha contestado con bastante precisión el conjunto de preguntas menos la última, que era la que más me interesaba.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Tiene la palabra el señor legislador Larreguy.

SR. LARREGUY - Quiero ratificar lo que dijo mi compañero de bancada, el legislador Barros, y manifestarle al doctor Vilosio y a todo el equipo que lo acompañó en el día de hoy prácticamente, de que a nosotros, como parte integrante de las políticas nacionales de Salud, nos satisface la estrecha relación de la política nacional, del gobierno nacional con el Consejo Provincial de Salud Pública, que el PROMIN, el PRESSAL y todos los demás programas estén funcionando, que le auguramos éxito en su gestión, que también quedamos a disposición del Consejo para llevar a cabo la política de Salud Pública en la provincia, que lo notamos un poco solo moviéndose entre las áreas de gobierno y que creemos que debería tener más apoyo cuando se trata de todo esto de las epidemias y demás, de las otras áreas del gobierno. Le agradecemos mucho la visita.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - Agradezco al doctor Vilosio y su equipo la presencia en esta Cámara y les digo hasta pronto.

SR. VILOSIO - Yo también quiero expresar mi agradecimiento a todos los legisladores, en nombre de todo el equipo de Salud Pública.

SR. PRESIDENTE (Mendioroz) - No siendo para más, se levanta la sesión.

-Eran las 22 horas.