



DIARIO DE SESIONES



L PERÍODO LEGISLATIVO
3.^a SESIÓN ORDINARIA

REUNIÓN 6

24 de marzo de 2021

AUTORIDADES DE CÁMARA

PRESIDENCIA

Del señor vicegobernador, Cr. Marcos Gabriel KOOPMANN IRIZAR

SECRETARÍA

De la Arq.^a María Eugenia FERRARESSO

PROSECRETARÍA LEGISLATIVA

De la Dr.^a Rocío Aylen MARTIN AIMAR

PROSECRETARÍA ADMINISTRATIVA

Del Cr. Jorge Luis ACUÑA

BLOQUES DE DIPUTADOS

MOVIMIENTO POPULAR NEUQUINO

ABDALA, Lorena Vanesa
CAPARROZ, Maximiliano José
CHAPINO, Germán Armando
DU PLESSIS, María Laura
GAITÁN, Ludmila
MURISI, Liliana Amelia
ORTUÑO LÓPEZ, José Natalio
RIVERO, Javier Alejandro
VILLONE, María Fernanda

JUNTOS POR EL CAMBIO

AQUIN, Luis Ramón
CASTELLI, Lucas Alberto
ESTEVEZ, Leticia Inés
GASS, César Aníbal
MONTECINOS VINES, Karina Andrea
QUIROGA, María Ayelen

FRENTE NUEVO NEUQUÉN

GALLIA, Fernando Adrián

JUNTOS

RICCOMINI, Carina Yanet

FRENTE INTEGRADOR NEUQUINO

ROLS, Francisco José

FRENTE DE TODOS

BERTOLDI ROSALES, Gonzalo Darío
FERNÁNDEZ NOVOA, Sergio
GUTIÉRREZ, María Ayelén
MANSILLA, Mariano
MARTÍNEZ, María Soledad
PARRILLI, María Lorena
PERALTA, Osvaldo Darío
RIOSECO, Teresa
SALABURU, María Soledad

PARTIDO DEMÓCRATA CRISTIANO

CAMPOS, Elizabeth
COGGIOLA, Carlos Alberto
MUÑOZ, José Raúl

SIEMPRE

BONOTTI, María Laura
PERESSINI, Andrés Arturo

UNIÓN POPULAR

SÁNCHEZ, Carlos Enrique

FRENTE DE IZQUIERDA Y DE LOS TRABAJADORES

JURE, Patricia Noemí

PARTIDO DE LOS TRABAJADORES SOCIALISTAS-FRENTE DE IZQUIERDA Y DE LOS TRABAJADORES

BLANCO, Tomás Andrés

Í N D I C E

1 - APERTURA	7
2 - ASUNTOS ENTRADOS	
(Arts. 173 y 174 del RI)	7
2.1 - Comunicaciones oficiales	7
2.2 - Despachos de comisión.....	8
2.3 - Proyectos presentados.....	8
2.4 - Solicitud de licencia.....	10
3 - ASUNTOS VARIOS	
(Art. 175 del RI)	
(11:56 h).....	10
3.1 - Asuntos reservados en Presidencia	10
3.1.1 - Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4.....	10
3.1.2 - Expte. O-24/21 - Proy. 14 152	11
3.1.3 - Expte. D-96/21 - Proy. 14 154	11
3.1.4 - Expte. D-941/20 - Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20 - Proy. 13 977 y Expte. D-922/20 - Proy. 14 000	11
3.2 - Homenajes y otros asuntos	12
4 - ALTERACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA	16
5 - JURADO DE ENJUICIAMIENTO	
(Sorteo de abogados matriculados)	
(Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4)	17
Consideración del despacho producido por la Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad. Se aprueba. Quedan designados.	
6 - JUZGADOS DE PRIMERA INSTANCIA DE FAMILIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	
(Expte. O-24/21 - Proy. 14 152)	18
Consideración en general de los despachos producidos por las Comisiones de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad; y de Hacienda y Presupuesto, Cuentas y Obras Públicas, por mayoría. Se aprueba.	
6.1 - Permisos para abstenerse de votar (Art. 201 del RI)	19
7 - MODIFICACIÓN ART. 1.º LEY 3239	
(Expte. D-96/21 - Proy. 14 154)	23
Consideración en general del despacho producido por la Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad. Se aprueba.	
7.1 - Permiso para abstenerse de votar (Art. 201 del RI)	27

8 - ADHESIÓN A LA LEY YOLANDA

(Expte. D-941/20 - Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20 - Proy. 13 977 y Expte. D-922/20 - Proy. 14 000)	28
Consideración en general de los despachos producidos por las Comisiones de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, y de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, ambos por unanimidad; y de Hacienda y Presupuesto, Cuentas y Obras Públicas, por mayoría. Se aprueba.	
8.1 - Permiso para abstenerse de votar (Art. 201 del RI)	33

**9 - GRUPO PRIORITARIO EN VACUNACIÓN CONTRA CORONAVIRUS
TRABAJADORES DE MERENDEROS Y COMEDORES COMUNITARIOS**

(Expte. D-82/21 - Proy. 14 138)	34
9.1 - Constitución de la Honorable Cámara en comisión y presentación del Proy. 14 202 (Arts. 117 y 144 del RI)	34
9.2 - Cese del estado en comisión de la Honorable Cámara (Art. 148 del RI)	35

Consideración en general y particular del despacho producido por la Honorable Cámara constituida en comisión. Se sanciona como Resolución 1107.

10 - INCORPORACIÓN ARTS. 239 BIS Y TER EN EL CÓDIGO PENAL

(Expte. D-86/21 - Proy. 14 144 y ag. Expte. D-44/21 - Proy. 14 080)	36
Consideración en general y particular del despacho producido por la Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad. Se sanciona como Comunicación 159.	

A N E X O

Despachos de comisión

- Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4
- Expte. O-24/21 - Proy. 14 152
- Expte. D-96/21 - Proy. 14 154
- Expte. D-941/20 - Proy. 14 019 y ags.
Expte. D-901/20 - Proy. 13 977 y
Expte. D-922/20 - Proy. 14 000
- Expte. D-144/21 - Proy. 14 202 y ag.
Expte. D-82/21 - Proy. 14 138
- Expte. D-86/21 - Proy. 14 144 y ag.
Expte. D-44/21 - Proy. 14 080

Proyectos presentados

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| - 14 157, de ley | - 14 177, de resolución |
| - 14158, de ley | - 14 178, de resolución |
| - 14160, de resolución | - 14 183, de resolución |
| - 14 161, de resolución | - 14 185, de declaración |
| - 14 163, de declaración | - 14 187, de declaración |
| - 14 166, de declaración | - 14 188, de comunicación |
| - 14 167, de resolución | - 14 190, de declaración |
| - 14 169, de ley | - 14 191, de declaración |
| - 14 171, de resolución | - 14 192, de declaración |
| - 14 172, de declaración | - 14 195, de resolución |
| - 14 174, de resolución | |

Sanciones de la Honorable Cámara

- Resolución 1107
- Comunicación 159

Abreviaciones

ag./ags.	agregado/agregados
Arts./Art.	artículos/artículo
cde.	Corresponde
CN	Constitución Nacional
CP	Constitución Provincial
DC	despacho de comisión
DHC	despacho de la Honorable Cámara en comisión
Expte./exptes.	Expediente/expedientes
HC	Honorable Cámara
Proy./proys.	Proyecto/proyectos
RI	Reglamento Interno
MP	moción de preferencia
MST	moción de sobre tablas
TG	tratamiento en general

Comisiones

A	Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia
B	Hacienda y Presupuesto, Cuentas y Obras Públicas
C	Desarrollo Humano y Social
D	Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología
E	Producción, Industria y Comercio
F	Legislación de Asuntos Municipales, Turismo y Transporte
G	Derechos Humanos, Peticiones, Poderes y Reglamento
H	Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable
I	Legislación del Trabajo y Asuntos Laborales
J	Hidrocarburos, Energía y Comunicaciones
K	Parlamento Patagónico y Mercosur

1

APERTURA

A las 11:43 del 24 de Marzo de 2021, dice el:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Integrantes de esta Honorable Cámara, vamos a dar inicio a la Reunión 6, Tercera Sesión Ordinaria, del L Período Legislativo, del miércoles 24 de Marzo de 2021.

Por Secretaría, se pasará lista a los fines de establecer el quórum reglamentario. *[Así se hace]*.

Se encuentran presentes 32 señores diputados y diputadas, y se da por iniciada la sesión.

Tiene la palabra el diputado Fernando Gallia.

Sr. GALLIA. —Gracias, presidente.

Es para justificar la ausencia del diputado Sánchez.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Por Secretaría, se comenzará a dar lectura a los asuntos entrados.

2

ASUNTOS ENTRADOS

(Arts. 173 y 174 del RI)

2.1

Comunicaciones oficiales

a) De distintos organismos:

Expte. O-23/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-25/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-26/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-27/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Exptes. O-28/21 y O-30/21: se giran a las Comisiones A y B.

Expte. O-29/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-31/21: se gira a la Comisión A.

Expte. O-32/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-33/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

Expte. O-35/21: se gira a la Comisión D.

Expte. O-36/21: se gira a la Comisión F.

Expte. O-37/21: tomado conocimiento. Pasa al Archivo.

b) De las anuencias legislativas:

Expte. E-28/21: concedida. Pasa al Archivo.

2.2

Despachos de comisión

Expte. D-896/20, Proy. 13 972: pasa al próximo orden del día.

Expte. D-910/20, Proy. 13 988: pasa al próximo orden del día.

Expte. D-92/21, Proy. 14 150 y ag. Expte. P-5/21: pasa al próximo orden del día.

Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Es para pedir la reserva en Presidencia.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Se reserva en Presidencia.

Expte. D-40/21, Proy. 14 076: pasa al próximo orden del día.

Expte. O-24/21, Proy. 14 152:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Es para pedir la reserva.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Se reserva en Presidencia.

Expte. D-96/21, Proy. 14 154:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Para pedir la reserva en Presidencia.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Se reserva en Presidencia.

Expte. D-941/20, Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20, Proy. 13 977 y Expte. D-922/20, Proy. 14 000:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra la diputada María Fernanda Villone.

Sra. VILLONE. —Gracias, presidente.

Es para solicitar la reserva en Presidencia.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Se reserva en Presidencia.

2.3

Proyectos presentados

14 157, de ley, Expte. D-99/21:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra la diputada Soledad Salaburu.

Sra. SALABURU. —Gracias, presidente.

Es para hacer una consulta. Hay un proyecto que fue tratado en la Comisión C, de desarrollo humano y social, que se cambió, era una comunicación, fue presentado como comunicación y se modificó, y se acordó el día viernes o el día lunes que habría que reservarlo en Presidencia también.

La voluntad de los miembros de la comisión era aprobarlo, porque, de hecho, fue votado por unanimidad, pero hubo después un cambio de comunicación a resolución.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está en el orden del día ya incorporado.

Sra. SALABURU. —¿De mañana?

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No, de hoy.

Sra. SALABURU. —¡Ah!, perfecto.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tenía preferencia.

Sra. SALABURU. —Gracias.

14 157, de ley, Expte. D-99/21: se gira a las Comisiones F, A y B.

14 158, de ley, Expte. D-100/21: se gira a las Comisiones C, A y B.

14 160, de resolución, Expte. D-102/21: se gira a la Comisión H.

14 161, de resolución, Expte. D-103/21:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Sergio Fernández Novoa.

Sr. FERNÁNDEZ NOVOA. —Gracias, presidente.

No advertí si mencionaron el Proyecto 14 159, de declaración.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está en el orden del día de mañana jueves.

Sr. FERNÁNDEZ NOVOA. —Y la preferencia la tengo que pedir mañana entonces.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Perdón, está en los asuntos entrados de mañana.

14 160, de resolución, Expte. D-102/21: se gira a la Comisión H.

14 161, de resolución, Expte. D-103/21: se gira a la Comisión J.

14 163, de declaración, Expte. D-105/21: se gira a la Comisión D.

14 166, de declaración, Expte. D-109/21: se gira a la Comisión G.

14 167, de resolución, Expte. D-110/21: se gira a la Comisión B.

14 169, de ley, Expte. D-112/21: se gira a las Comisiones A y B.

14 171, de resolución, Expte. D-114/21: se gira a la Comisión J.

14 172, de declaración, Expte. D-115/21: se gira a la Comisión C.

14 174, de resolución, Expte. O-34/21: se gira a la Comisión H.

Al mencionarse el Proy. 14 177, dice el:

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Castelli.

Sr. CASTELLI. —Gracias, presidente.

Por ahí no escuché bien y quería confirmar a qué comisión fue girado el Proyecto 14 173.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Ese está en los asuntos entrados del día jueves.

Sr. CASTELLI. —No escuché que hayan mencionado la comisión, por eso.

Mil disculpas.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No, no, al Proyecto 14 173 no lo nombramos hoy porque entra mañana en los asuntos entrados del día jueves.

Sr. CASTELLI. —En la lectura lo salteé yo, perdón.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —El Proyecto 14 172 se gira a la Comisión C.

Sr. CASTELLI. —Gracias.

14 177, de resolución, Expte. D-119/21: se gira a la Comisión D.

14 178, de resolución, Expte. D-120/21: se gira a la Comisión B.

14 183, de resolución, Expte. D-125/21: se gira a la Comisión B.

14 185, de declaración, Expte. D-127/21: se gira a la Comisión H.

14 187, de declaración, Expte. D-129/21: se gira a la Comisión D.

14 188, de comunicación, Expte. D-130/21: se gira a la Comisión D.

14 190, de declaración, Expte. D-132/21: se gira a la Comisión H.

14 191, de declaración, Expte. D-133/21: se gira a la Comisión D.

14 192, de declaración, Expte. D-134/21: se gira a la Comisión G.

14 195, de resolución, Expte. D-137/21: se gira a la Comisión C.

2.4

Solicitud de licencia

Tramitada mediante Expte. D-108/21: concedida. Pasa al Archivo.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra la diputada Lorena Parrilli.

Sra. PARRILLI. —En el punto anterior, pido que se traiga al recinto el Expediente D-51/21, que pide un informe acerca del cumplimiento en la provincia del Neuquén del Plan Fines.

Solicitamos que ingrese al recinto y se reserve en Presidencia, considerando —porque quiero poner en contexto— que este proyecto tuvo moción de preferencia recientemente, y lo que notamos es que parece que hay como una deliberada decisión de no tratar los temas educativos, porque el año pasado, cuando presentamos este informe, quedó en archivo en la Comisión de Educación. Este año volvemos a presentarlo, tiene moción de preferencia, pero no se hace la Comisión de Educación.

Así que creemos que amerita que en este momento nos ocupemos del tema educativo en esta Legislatura y demos tratamiento a este proyecto que —insisto— tuvo moción de preferencia, y se suspendió la Comisión de Educación.

Muchas gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

A consideración traer al recinto el Expediente D-51/21, Proyecto 14 106.

La votación es negativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No tiene los dos tercios para volver al recinto.

3

ASUNTOS VARIOS

(Art. 175 del RI)

(11:56 h)

3.1

Asuntos reservados en Presidencia

3.1.1

Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Expediente P-6/21 y agregados corresponde 1, 2, 3 y 4, con despacho de la Comisión A por unanimidad: aconseja realizar el sorteo de abogados y abogadas para la integración del Jurado de Enjuiciamiento.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Es para que se agregue al orden del día para hacer el sorteo de los abogados y conformar el Jurado de Enjuiciamiento.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está a consideración el tratamiento sobre tablas de este expediente.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Se incorpora al orden del día.

Pasamos al siguiente asunto reservado.

3.1.2

Expte. O-24/21 - Proy. 14 152

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Expediente O-24/21, Proyecto 14 152, con despacho de las Comisiones A por unanimidad y B por mayoría: aconseja la sanción del proyecto de ley por el cual se crea el Juzgado de Primera Instancia de Familia, Niñez y Adolescencia en las localidades de Rincón de los Sauces y Villa la Angostura.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Pido el tratamiento sobre tablas, dado lo acordado en Labor Parlamentaria y la necesidad del Poder Judicial de crear estos juzgados en estas localidades.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está a consideración el tratamiento sobre tablas de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Se incorpora al orden del día.

Pasamos al siguiente asunto reservado.

3.1.3

Expte. D-96/21 - Proy. 14 154

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Expediente D-96/21, Proyecto 14 154, con despacho de la Comisión A por unanimidad: aconseja la sanción del proyecto de ley por el cual se modifica el artículo 1.º de la Ley 3239, con el objeto de suspender los procesos judiciales a quienes cumplen un servicio esencial en calidad de prestadores médicos asistenciales, públicos o privados de internación o de diagnóstico y tratamiento que cuenten con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la Superintendencia de Servicios de Salud.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Es para pedir el tratamiento sobre tablas de este proyecto.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está a consideración el tratamiento sobre tablas de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Se incorpora al orden del día.

Pasamos al siguiente asunto reservado.

3.1.4

**Expte. D-941/20 - Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20 - Proy. 13 977
y Expte. D-922/20 - Proy. 14 000**

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Expediente D-941/20, Proyecto 14 019 y agregados Expediente D-901/20, Proyecto 13 977 y Expediente D-922/20, Proyecto 14 000, con despacho de las Comisiones H y A por unanimidad y B por mayoría: aconsejan la sanción del proyecto de ley por el cual se adhiere a la Ley nacional 27 592, Programa de Formación para Agentes de Cambio en Desarrollo Sostenible denominada Ley Yolanda.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra la diputada María Fernanda Villone.
Sra. VILLONE. —Gracias, presidente.

Es para solicitar el tratamiento sobre tablas de acuerdo a lo acordado en Labor Parlamentaria.
Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está a consideración el tratamiento sobre tablas de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Se incorpora al orden del día.

No habiendo más asuntos reservados, pasamos a homenajes.

3.2

Homenajes y otros asuntos

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No habiendo pedido de palabra en homenajes, pasamos a otros asuntos.

Tiene la palabra la diputada Lorena Parrilli.

Sra. PARRILLI. —Gracias, presidente.

La verdad es que no nos sorprende cuál es la actitud del Gobierno provincial y de esta Legislatura también en materia educativa. Me da vergüenza ajena que la Comisión de Educación no se haya reunido en el ejercicio 2021, como si no tuviéramos temas de educación que resolver y tratar en esta Legislatura. Yo, la verdad, pensé que hace unos instantes íbamos a lograr que se tome este proyecto que —insisto— esta es una línea, el Plan Fines es una línea que viene totalmente financiada por el Gobierno nacional, que claramente está llegando a esta provincia con mucha celeridad y de una manera muy comprometida en todos los rubros, no solo en educación.

El Fines es un plan que permite que los estudiantes mayores de 18 años que no hayan terminado sus estudios secundarios o primarios puedan finalizarlos. Sabemos que en la provincia del Neuquén cinco de diez estudiantes no terminan el secundario, y esta es una cifra que alarma, pero alarma más aún cuando el año pasado se implementó el Plan Fines en todo el territorio nacional y en la provincia del Neuquén solamente, solamente se llevó adelante el Plan Fines a partir de octubre o noviembre del año pasado, y la única línea que se llevó adelante es la de rendir algunas materias que habían quedado adeudadas y ni siquiera de todas porque, por ejemplo, había asignaturas, como Matemática o como Química, que no las habilitaron. Entonces, muchos estudiantes se quedaron sin poder rendir porque no abrieron esas materias. Insisto, acá lo único que tiene que hacer la provincia es gestionar porque el financiamiento es de nación.

En este sentido, quiero aclarar que el Plan Fines tiene cuatro líneas: una es para terminar el secundario, por ejemplo, quienes quedaron en primer año, segundo año, tercero, cuarto; otra es para hacer la primaria; otra es para hacer la carrera técnica; y otra es para deudores de materias. Lo único que hizo el Gobierno provincial es este cuarto, el único; incluso, solo abrió algunas materias.

Este año, este año el Gobierno nacional lanzó la inscripción *online* —el Gobierno nacional, no provincial— a través de una página que invita a todos los estudiantes del territorio nacional a inscribirse entre el 12 y el 26 de marzo, o sea, dentro de dos días, inscribirse para hacer el Plan Fines. ¿Qué tiene que hacer la provincia? Tiene tiempo hasta el 26 —es decir, dentro de dos días— para comunicar a nación cuáles son las líneas que va a financiar. O sea, cuáles son las que van a implementar en realidad, no financiar; en qué escuelas las va a llevar adelante; cómo va a ser el sistema de tutorías, los docentes. Tiene dos días para hacer todo esto. Y la verdad es que a nosotros nos inquieta que esta Legislatura no haya tomado como prioridad, viendo el tiempo que nos queda, este tema.

Quiero leerles la resolución para que ustedes puedan apreciar esto que yo les digo. Miren, es la Resolución 945 de 2021, que es la convocatoria al Plan Fines y en el artículo 3.º es donde especifica y dice:

Convócase a las provincias y a la ciudad de Buenos Aires a manifestar formalmente ante el Ministerio de Educación, antes del 26 del corriente año, su interés en la implementación del Plan Fines, debiendo acompañar antes del inicio lectivo los informes de ejecución presupuestaria, administrativa y pedagógica 2020 y la planificación de la propuesta y el plan de trabajo 2021 de acuerdo a los siguientes parámetros: los informes de ejecución, la implementación de los resultados del Plan 2020, el estado presupuestario.

A nosotros nos preocupa, nos preocupa muchísimo, porque nos consta, porque estamos en contacto permanente con muchos jóvenes y adultos que se han inscripto *online* en nación para terminar acá en Neuquén su secundaria, su primaria o terminar algunas materias. Nos preocupa, nos inquieta que el Gobierno de la provincia solo lleve adelante el plan o la línea que hace referencia a materias que se adeudan.

Nosotros queremos que los neuquinos y neuquinas jóvenes que no pudieron terminar su secundario puedan transitarlo. Y necesitamos —insisto— que el Gobierno de la provincia en educación, en materia educativa haga algo. Todo lo que se hace en la provincia del Neuquén es gracias al Gobierno nacional.

¿Saben una cosa? Los 26 jardines de infantes que están en la provincia del Neuquén, algunos ejecutados, otros en ejecución y otros por hacerse, están financiados en su totalidad por dinero del Gobierno nacional.

Entonces, queremos que hagan algo en educación, el Ejecutivo y el Legislativo.

Exhortamos a que la Comisión de Educación empiece a reunirse y empiece a tratar todos los temas que hoy no les están dando respuesta.

Muchas gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

Tiene la palabra el diputado Sergio Fernández Novoa.

Sr. FERNÁNDEZ NOVOA. —Gracias, presidente.

No quiero interrumpir ningún debate y le agradezco haberme cedido el lugar el diputado Andrés Blanco.

Solo que necesito justificar la tardanza de la diputada Gutiérrez y del diputado Peralta. No había visto sus mensajes y lo informo ahora a Presidencia.

Muchas gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra el diputado Andrés Blanco.

Sr. BLANCO. —Gracias, presidente.

Quiero hablar en otros asuntos algo que está atravesando la preocupación a nivel mundial y, obviamente, lo que eso puede generar acá en Argentina, y que tiene que ver con la segunda ola de contagio, que podemos ver con mucha preocupación lo que está ocurriendo en otros países.

Y, en esto, el propio presidente Alberto Fernández en cadena nacional anunció la inminencia de la segunda ola de pandemia en el país, que el jueves pasado lo hizo por cadena nacional. La ministra Vizzotti, también, poniendo el eje en que hay preocupación por los contagios, por la segunda ola. La ministra Peve, que participó también de una reunión a nivel nacional junto con otras y otros ministros de Salud de las distintas provincias, pero ya también dejando en claro, de alguna manera, una orientación de cómo se pretende abordar la segunda ola de contagios, poniendo en claro que lo que se va a intentar es no afectar la economía porque no se puede frenar. Prácticamente, oficiaron de comentaristas, comentar lo que estamos viendo todos con preocupación que pasa en otros lados. Y lo que hace falta discutir acá es qué políticas específicas va haber para contener esta segunda ola. No podemos dejar de decir que el Estado es responsable de garantizar las medidas necesarias y a la altura de la situación para poder, de alguna manera, contener esta segunda ola que puede ser inminente como no, estamos en una transición, pero que estamos viendo con preocupación lo que ocurre en otros lugares. Lo que nos da la sensación es que otra vez, entre este discurso de que la economía no se puede afectar y que las únicas sugerencias son el distanciamiento social y el uso correcto de tapaboca, pareciera que se va a cargar la responsabilidad de esa segunda ola en la gente.

Entonces, esto nos preocupa, porque si no está el Estado garantizando el fortalecimiento del sistema de salud, las condiciones para enfrentar una segunda ola, que tiene que ver cómo, de alguna manera, se vuelve a repetir lo que discutimos hace un año atrás, casi exactamente, de que se necesitan medidas urgentes, pero medidas concretas. Nosotros planteamos en su momento, fue un debate acá, no pasó, no prosperó, pero tenemos claro que hace falta seguir insistiendo que hace falta centralizar el sistema de salud, tiene que estar bajo la órbita del Estado, y que se garanticen las atenciones. Y, obviamente, fortalecerlo, potenciarlo, poner todos los recursos necesarios. Pero lo que pasa es que volvemos a discutir lo mismo. ¿Cuáles son las prioridades de la agenda?

Porque, como siempre nos pasa, y yo lo quiero alertar, porque estamos en el medio de esta discusión y en una transición que nos vamos a encontrar, tal vez, dentro de dos meses o un mes discutiendo qué situación sanitaria se está discutiendo acá en la provincia y a nivel nacional. Si no se afectan los intereses de los empresarios, de los grandes capitalistas, esos que la amasan en pala y que le sacaron provecho a la pandemia, vamos a seguir asistiendo a que se van a perder vidas, a que van a seguir los trabajadores y las trabajadoras en la primera línea completamente sofocados por la intensidad del trabajo que desarrollaron durante todo el año pasado. Y ahí es donde queremos poner el ojo también y la atención, que nos parece importante en este ámbito de esta Legislatura.

Todos sabemos, es de público conocimiento, la rebeldía, la rebelión que se ha puesto en pie de parte de los trabajadores y las trabajadoras de la salud, donde hay profesionales, donde hay enfermeros, enfermeras, auxiliares, hay eventuales que soportaron la carga, casi todo el año pasado también, que se incorporaron al sistema. Pero ya lo planteamos en un proyecto acá también donde buscábamos interpelar, de alguna manera, al Poder Ejecutivo a que los reciba, que tome nota de que no es una cuestión antojadiza, que es una rebelión que marcó profundamente el descontento con sus conducciones sindicales, por un lado, porque les dieron la espalda a las decisiones que se tomaron en las asambleas, y eso se está viendo públicamente, incluso, lo que está aconteciendo; pero también contra el Gobierno que le ofrece una miseria del 12 %, que después le busca, no sumándole la suma en negro, dibujarla para que se diga: ¡no!, no fue un 12 %, fue un 22. Como sea, un 15, un 12, un 22 y un 30 están des-fa-sados. La inflación del año pasado fue casi del 40 % y a esos trabajadores y trabajadoras de la salud les vamos a pedir, seguramente, que ahora, ante la inminencia de la segunda ola, vuelvan a estar al frente, que lo están y lo van a seguir estando, porque tienen en su piel, en su corazón y en su sentir la tarea que la demostraron durante todo el año pasado.

Por eso, nosotros desde nuestra banca, señor presidente, hemos presentado un proyecto. Obviamente, no fue acompañado, sobre todo, por el oficialismo, y esto hay que decirlo con nombre y apellido. Se intenta permanentemente desconocer el proceso cuando, claro, los acuerdos que se llevaron adelante fueron llevados adelante con la conducción sindical altamente cuestionada, que pone en discusión el cuestionamiento de ese acuerdo.

Entonces, lo que nosotros queremos hacer, presidente, para las próximas, para los próximos días, las próximas semanas, y esto es un llamado que hacemos a convocar en el espacio de la Legislatura, a convocar a estos trabajadores autoconvocados, a los trabajadores del SEN [*Sindicato de Enfermería de Neuquén*], a los trabajadores y trabajadoras del Siprosapune, los profesionales que si ayer los vieron, llevaron adelante un actividad también en el centro mostrando que están los profesionales también reclamando.

Hubo renuncias nuevamente. O sea, estamos hablando de un sistema que se está debilitando ante la inminencia en la segunda ola. Y ese debilitamiento tiene que ver con la condición salarial, porque lo decíamos la otra vez también, no tiene solamente estrictamente que ver con que el 12 % es miserable, porque es miserable, sino por el destrato.

Es esa forma en la cual les transmitieron a cada uno de esos trabajadores y trabajadoras, para los cuales se pidió un minuto de silencio, aplausos —digo, en esta Legislatura—, en la calle fue genuino el aplauso, pero acá entendemos que no porque, en el momento de dar una respuesta a la altura de lo que los compañeros y compañeras están reclamando, fue un des-tra-to. ¿De qué otra manera lo podemos calificar? No sé, me parece que es un llamado a la reflexión a todos y a todas a que hagamos un lugar en esta Legislatura para recibir a esos trabajadores y trabajadoras porque son, justamente, los que el propio Gobierno desconoce: al Siprosapune lo desconoce, al SEN lo

desconoce, a los autoconvocados y autoconvocadas los desconoce. Y son los que están luchando, son los que están llevando medidas muy fuertes en estos días y porque también sacan cuenta, señor presidente; la gente no es ingenua, sabe que la industria petrolera —más allá de que algunos digan que la sábana es corta— tuvo producción récord en el mes de enero, 1400 millones de pesos por día se lleva la industria petrolera. Entonces, ¿cuál es la prioridad de la agenda? Eso es lo que queremos poner en discusión, señor presidente.

Nos parece muy importante que hagamos esta reflexión, no podemos seguir con esos trabajadores y trabajadoras en la calle; hay que convocarlos, hay que instar al Ejecutivo a que reabra una mesa, que los convoque porque fueron elegidos genuinamente en asambleas estos compañeros y compañeras que están siendo hoy protagonistas junto con sus compañeros, obviamente. Y nos parece que no podemos mirar para un costado, no se puede mirar para un costado, estamos ante la inminencia de la segunda ola. Insisto, y lo queremos dejar muy claro, las responsabilidades van a quedar a la luz de qué vamos a discutir después, de qué vamos a discutir: de los números, de la cantidad de muertos, de cómo está el sistema. Ya se viene anunciando el vaciamiento hace muchos años.

Así que nosotros, desde nuestra parte, señor presidente, queremos dejar planteado esto; la segunda ola puede ser inminente, se está viendo lo que está pasando en otros países. Hay una lucha en curso acá muy importante que tenemos que abordar y nos parece que tiene que haber un espacio en esta Legislatura para ser recibidos todas y todos quienes están luchando en defensa de la salud pública, en defensa de nuestras familias, y que dejaron también compañeros que no llegaron a estar hoy en la lucha porque se perdieron vidas también en la primera línea.

Esta es la reflexión que queríamos hacer, presidente.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Soledad Martínez.

Sra. MARTÍNEZ. —Gracias, presidente.

El 22 de marzo fue el Día Mundial del Agua. Y, en ese marco, me parecía valioso exponer en esta Cámara en relación al modelo de gestión del agua, del servicio de provisión de agua potable que tiene la ciudad de Zapala.

La provincia del Neuquén, una provincia muy rica en su cuenca hídrica, sabemos todos de las fortalezas que tiene, tanto por el caudal como por el volumen y las oportunidades y las externalidades que esa cuenca hídrica nos genera, energía eléctrica, mucha superficie de tierra bajo riego y demás. No es la cualidad ni la condición que caracteriza a la zona centro de la provincia del Neuquén, en donde está emplazada, justamente, en el centro geográfico de la provincia la ciudad de Zapala. Sin embargo, esa cuenca hídrica que todos conocemos de aguas que corren y las que vemos también está conformada por sistemas de aguas subterráneas que es, justamente, el lugar en donde se abastece de agua potable la ciudad de Zapala desde sus orígenes. La cuenca se llama Sistema Hidrogeológico Acuífero Zapala. Es una cuenca acuífera que tiene unos 250 km² de extensión, tiene 75 m de profundidad, tiene un volumen de reserva de agua potable, y digo potable porque el agua, así como se extrae del acuífero, podría perfectamente consumirse esa agua que tiene condiciones de agua mineral. Por supuesto, se clora por normas sanitarias, pero es el agua con la que la ciudad de Zapala se ha abastecido históricamente de este servicio y que tiene reservas que nos permite a estos volúmenes de consumo anuales pensar en unos doscientos a trescientos años. Y lo pongo así, lo pongo así de relativo porque la cuenca hay que estudiarla, tiene una dinámica que merece estudios con cierta regularidad, por lo cual son todas estimaciones que nos permiten tener una foto de la característica del sistema acuífero hoy.

Esas son condiciones que a los zapalinos se nos han dado, pero hay otras que hemos construido y las hemos construido producto de una sucesión política de muchas gestiones de distintos signos políticos que se pusieron de acuerdo en darle al servicio de provisión de agua potable una característica única, y que vamos a defender siempre. El agua potable de los zapalinos tiene que ser accesible y tiene que ser gestionada por el Estado. La ciudad de Zapala tiene un sistema de micromedición en toda la ciudad. El 98 % del casco urbano consolidado en la ciudad está abastecido de agua potable hoy por el servicio que presta una empresa que se llama Ente Autárquico Municipal de Servicios Públicos Zapala que fue

conformada en el año 2000 a partir de una ordenanza que se sancionó en aquel momento; perdón, en el año 98 se sancionó la ordenanza, porque, en esas épocas de gobierno del menemismo, había mucho impulso a la gestión privatizadora de los servicios. El agua estaba dentro de esos servicios. De hecho, hemos visto cómo el Gobierno nacional, a partir de Néstor Kirchner, recuperó la gestión de muchas empresas de servicios para el Estado nacional, pues en Zapala logramos resistir esa arremetida con la firme decisión política de un escenario de muchos dirigentes que defendieron la necesidad de que la gestión sea del Estado. El Banco Interamericano de Desarrollo financió el desarrollo de este sistema de micromedición en la ciudad de Zapala y, por supuesto, como condición había impuesto que fuera una empresa la que gestionara el servicio. En ese momento, el intendente Edgardo Sapag, acompañado por concejales de distintos signos políticos —entre los que el luego intendente Raúl Podestá estaba— decidieron que se tome ese crédito, empezar un sistema de micromedición en Zapala. Pero, en vez de entregárselo a una empresa privada, conformaron una empresa del Estado municipal, que es la que actualmente hoy gerencia, gestiona y tiene a su cargo la provisión del servicio en la ciudad de Zapala. Una experiencia inédita en el país, no hay ninguna ciudad en el país que tenga gestionado un sistema de micromedición en toda la ciudad por una empresa pública.

Lo que nos permitió a nosotros, luego de la puesta en marcha de la empresa, que sí fue en el año 2000, con el intendente Raúl Podestá a la cabeza y con quien era, en el momento en que se tomó el crédito, secretario de Obras Públicas de la gestión de Edgardo Sapag, el ingeniero Raúl Cristaldi en la Presidencia del Eamsep [*Ente Autárquico Municipal de Servicios Públicos*], poner en marcha este modelo. Un modelo que, por otra parte, para nosotros significa un modelo de justicia distributiva; en la ciudad de Zapala se paga un piso de tarifa que tiene que ver con el costo de la provisión, y luego cada usuario paga en función del consumo mensual que genera para el Eamsep. El costo es variable, es un sistema que funciona con enorme eficiencia. El Eamsep tiene una planta de 36 trabajadores que tiene altísimos niveles de eficiencia, un promedio de dos a cuatro horas en la reparación de desperfectos técnicos en el tendido de la red, un sistema de reparación y de respuesta inmediata a los reclamos domiciliarios, un nivel de siniestralidad muy bajo, equiparable a muchas empresas que consideraríamos exitosas tomando estas variables y que se sustenta completamente con la recaudación que genera en la ciudad de Zapala.

Insisto con el indicador: el 98 % de la ciudad de Zapala tiene acceso al agua potable hoy, hay instalados alrededor de quince mil medidores para 11 000 usuarios —datos actualizados—. Se prorratea en la tarifa de energía eléctrica el plan de obras de agua que permita el tendido de nuevas redes, hay muchos miles de kilómetros de cañerías distribuidas en toda la ciudad.

Y, entonces, en el marco de este Día Mundial del Agua, Argentina tiene mucho para ofrecerle al resto del mundo, en el *ranking* de países de reserva de agua potable está en el número dieciséis, América del Sur tiene entre los diez primeros países con mayor reserva mundial de agua, seis países de América del Sur están en ese *ranking*. Tenemos mucho para ofrecer.

Humildemente, queremos compartir con el resto de la provincia un modelo de gestión estatal, eficiente, efectivo, exitoso y con mucho sentido social respecto de un bien que para muchos lugares del mundo es escaso, pero que para los zapalinos es muy sencillo de acceder.

Muchas gracias, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

No habiendo más pedidos de palabra, finalizamos el tiempo de asuntos varios.

Pasamos al tratamiento de los temas del orden del día.

Tiene la palabra el diputado Caparroz.

4

ALTERACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Era para proponer un cambio en el orden del día.

El punto 2 creo que sigue siendo el mismo, no tengo el... [*dialogan*], no lo he visto, pero el punto 2 creo que es la comunicación a nación por el tema de violencia...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No, el punto 2 es sobre el Juzgado de Rincón de los Sauces y el de...

Sr. CAPARROZ. —Perdón, entonces, el Proyecto 14 144, que es el sexto...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Sí, ¿el del Código Penal?

Sr. CAPARROZ. —... si puede pasar al último en el orden del día para darle tiempo al diputado Gass que es el que...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Sí, sí, está como último punto.

Gracias.

Comenzamos con el primer punto.

5

JURADO DE ENJUICIAMIENTO

(Sorteo de abogados matriculados)

(Expte. P-6/21 y ags. cde. 1, 2, 3 y 4)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento del expediente por el cual el Colegio de Abogados y Procuradores de las ciudades de Neuquén, Junín de los Andes, Zapala, Cutral Co-Plaza Huincul y Chos Malal remiten nómina de abogados matriculados que cumplen con los requisitos para formar parte del Jurado de Enjuiciamiento de la provincia.*

a) Dos abogados o abogadas titulares y dos suplentes.

b) Uno o una abogada/abogado titular y dos suplentes para conformar la comisión especial.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se dará lectura al despacho de comisión.

Se lee el despacho de la Comisión A.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —En cumplimiento de lo que establece el artículo 268, inciso c, de la Constitución Provincial, en concordancia con la Ley 1565 y su modificatoria Ley 2698, corresponde realizar el sorteo correspondiente a los fines de la designación de los integrantes del Jurado de Enjuiciamiento.

Solicito autorización para implementar el mecanismo de sorteo que nos permita esa designación.

A consideración.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Previo al sorteo, por Secretaría de Cámara se informará la forma en que se realiza el sorteo.

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Se realizará el sorteo en los puestos de trabajo de los directores de la Prosecretaría Legislativa a fin de cumplir con el protocolo de distanciamiento social.

Desde sus bancas, todos podrán visualizar lo que se está realizando.

Hay un listado total de 1337 abogados y abogadas que integran los diferentes colegios de toda la provincia, ordenados alfabéticamente y con un número de orden interno que no corresponde con el número de matrícula de cada abogado o abogada.

Se realizará el sorteo. *[Así se hace]*.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se leerán los números que se corresponden con el listado adjunto al despacho y los nombres de los abogados o abogadas que integrarán el Jurado de Enjuiciamiento.

Sra. FERRARESSO (secretaria). —Jurado de Enjuiciamiento: primer titular, con el número 0651, Kuvatov; segundo titular, con el número 0894, Pajares; primer suplente, con el número 0105, Bascur; segundo suplente, con el número 0159, Briongos. Titular de la Comisión Especial: con el número 1131, Sandoval; primer suplente, número 1203, Talarico; segundo suplente, número 0890, Oyarzábal.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Se integra el Jurado de Enjuiciamiento.

Se realizarán las comunicaciones de forma.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

6

**JUZGADOS DE PRIMERA INSTANCIA
DE FAMILIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

(Expte. O-24/21 - Proy. 14 152)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento en general del proyecto de ley por el cual se crean los Juzgados de Primera Instancia de Familia, Niñez y Adolescencia en las localidades de Rincón de los Sauces y de Villa la Angostura.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se dará lectura a los despachos.

Se leen los despachos de las Comisiones A y B.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Este proyecto solicita la creación de los Juzgados de Familia, Niñez y Adolescencia en las localidades de Rincón de los Sauces y de Villa la Angostura, dos localidades que cuentan hoy con juzgados multifueros, en donde se atiende tanto lo civil, lo comercial, lo laboral, minería y familia, niñez y adolescencia.

El Tribunal considera que, ante la necesidad de afianzar el criterio de especificidad y de especialidad en cuanto a la materia, y en concordancia a lo previsto en el artículo 706, inicio b, del Código Civil y Comercial, en cuanto instituye como principio general en los procesos de familia la necesidad de que existan jueces especializados y con apoyo multidisciplinario, es que envían el proyecto para que estos juzgados sean creados y también crear los cargos de jueces en Familia, Niñez y Adolescencia y también de dos cargos de funcionarios.

Como decíamos, estos Juzgados hoy son multifuero. En un total de 1122 casos ingresados en Rincón de los Sauces, tenemos que el 54 % —609 casos— tienen que ver con la especialidad de familia, niñez y adolescencia y en Villa la Angostura de 1222, es el 35 % —o sea, 463 casos—, lo que implica también, y nos dicen estos números la gran cantidad de casos específicos en una sola rama de este Juzgado multifuero, lo cual evidencia la necesidad de crear los juzgados específicos en la materia.

También, los casos activos, tanto en Rincón como en Villa la Angostura, son el 26 % y el 23 %, respectivamente, con respecto a los casos totales que manejan estos Juzgados hoy. Está de más decir que es responsabilidad de la Justicia, del Poder Judicial tener su presupuesto y trabajar sobre su presupuesto para poder —más allá de la creación de estos cargos de jueces— contener el trabajo en estos nuevos juzgados, no solamente en las localidades, sino en el ambiente físico con el que cuentan actualmente y también con la cantidad de empleados que se necesitan hoy. Se prevé que con lo que cuentan estos Juzgados se puede trabajar, por lo menos, *a priori* empezar estos juzgados específicamente.

Así que, ante esta necesidad evidente, más allá de los casos que han sido de público conocimiento, tanto el femicidio de Guadalupe en Villa la Angostura hace poco tiempo y casos que todos sabemos que existen también en la localidad de Rincón de los Sauces, que tiene una problemática en cuanto al tema familia y violencia de género bastante marcado, como en otras localidades de nuestra provincia, y que estas circunscripciones eran las únicas dos que no tenían juzgados específicos en la materia, es que creemos necesaria la creación de estos juzgados para que tengan la especificidad del tratamiento específico con jueces preparados y un equipo multidisciplinario para poder atender la problemática.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Patricia Jure.

Sra. JURE. —Gracias, señor presidente.

Este debate lo tuve ya en la comisión en la que tratamos —por eso no es por unanimidad— uno de los despachos. Y acá, en el Pleno, quiero hacer el planteo sobre nuestra posición respecto de esto.

Porque el problema del femicidio de Guadalupe no es que faltaba un juzgado, lo dice a gritos la movilización popular de Villa la Angostura. Nosotras no nos oponemos a un juzgado especial, ese no es el problema. Incluso, para las mujeres hacer una denuncia en un juzgado se siente mejor que hacerla en una comisaría; entrar a una comisaría es mucho más difícil porque, muchas veces, entramos en las comisarías donde nos persiguen a nuestras hijas e hijos en los barrios, a nosotras mismas cuando tenemos que luchar por algo, y entonces, la comisaría se transforma en un lugar tan peligroso como el violento.

Sí, reclamamos un fuero único por violencia de género, lo hemos planteado; sí, reclamamos que la elección de jueces y fiscales sea a través del voto popular y con mandatos revocables; sí, estamos planteando la necesidad de un consejo autónomo de las mujeres para poder controlar, ejecutar todo el presupuesto que tiene que ver con las políticas que se necesitan de protección hacia nosotras, nuestras hijas, hijos, *hijas*, menores y demás, y, sobre todo, sobre la corporación judicial. Porque estamos denunciando, justamente, este problema y lo señalamos con Úrsula, con Guadalupe, con Karina y Valentina Apablaza, que fue otro ejemplo lamentable de esto que estamos planteando, que este papel del aparato judicial, cómo se estructura política y socialmente el aparato judicial, que es parte del acuerdo de corporaciones políticas en donde en este recinto se vota a quienes son los jueces y fiscales y en donde tenemos que fundamentar reiteradas veces que nuestra abstención es no convalidar ese modo de votación o de resolución.

Pero, a su vez, votar a favor de la creación de estos juzgados, simplemente, sería fomentar la ilusión o la expectativa en esta Justicia machista, en esta Justicia clasista que ha dejado, que ha entregado a las mujeres que he mencionado y a muchas otras más a sus feminicidas. Y, después, vienen los *jury*, después renuncian, después los suspenden con, sin goce de haberes; y eso no resuelve. O aparecen los proyectos punitivistas y más penas, y más pena y más comisarías y proyectos y declaraciones de emergencia, de violencia vacía, sin un peso, sin resoluciones concretas, etcétera, etcétera.

Entonces, para nosotros la situación requiere señalar y denunciar el problema. Formamos parte, formo parte de una organización de mujeres que es el plenario de trabajadoras y lucho con muchas organizaciones que todo el tiempo estamos peleando contra la violencia hacia las mujeres y nuestras hijas e hijos, contra la impunidad de violadores y abusadores de menores todo el tiempo, y muchos de ellos pertenecientes a las iglesias. Todo el tiempo estamos movilizándonos por eso en juzgados que nos hacen pasillar y pasillar y esperar, esperar y esperar. Entonces, para nosotras esta frustración de chocar todo el tiempo con el aparato judicial y el aparato del Estado que se niega, por ejemplo, a insistir en esta Cámara con reglamentar una resolución por casas refugio y equipos interdisciplinarios que se votó, se votó. O sea, hay que reglamentar algo que se votó, más claro que eso no hay que echarle nada.

6.1

Permisos para abstenerse de votar

(Art. 201 del RI)

Sra. JURE. —Y estamos planteando, entonces, nuestro pedido de abstención; que tenemos que pedir la abstención, para colmo, para que veamos lo regimentada que está la cuestión. Obviamente, nuestra lucha está en las calles, con nuestras compañeras que luchan por sus hijas, sus *hijas* y por sus propias vidas.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

A consideración el pedido de abstención.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No se aprueba la abstención.

Tiene la palabra el diputado Blanco.

Sr. BLANCO. —Gracias, presidente.

También, venimos a hacer el planteo de solicitar la abstención marcando algunas cuestiones, ya algunas adelantó la diputada Jure, pero, también, para nosotros es importante.

Nosotros siempre intentamos que cada discusión que se genera en un tema tan importante, tan sensible, tan sentido, como es la violencia de género, lo dramático, lo dramático que es estar ante una estadística que se cobra vidas de mujeres cada veintitrés horas, y cada vez se acota más ese tiempo. Nos parece, por lo menos, importante marcar que la creación de estos dos juzgados que se están proponiendo en el proyecto son una realidad objetiva de que en las localidades no están, pero que entendemos nosotros —para no generar, de alguna manera, la idea de que con eso se resuelve el problema y el flagelo de la violencia hacia las mujeres— que hace falta hacer un planteo integral, además de la creación de juzgados, porque, de alguna manera, lo que se expresa en la calle todo el tiempo, lamentablemente, cada hecho que se hace público cuando ya tenemos que lamentar —por usar algún término— el femicidio de mujeres es que es el último eslabón de una cadena de secuencias donde está fallando el sistema judicial. Y entendemos que la creación de estos juzgados sin la discusión política de lo que se viene exigiendo desde el movimiento de mujeres que es, por un lado, la Ley de Emergencia en Violencia de Género para poder, de alguna manera, dar respuesta y contención a lo previo porque, lamentablemente, en este mecanismo —y lo he dejado en evidencia— los últimos casos, que han sido emblemáticos, y el de acá que nos pegó de cerca, que lo sentimos mucho, que es el de Guadalupe, ha mostrado que el mecanismo y el proceso judicial para prevenir no tienen eficacia.

Por eso, solicitamos la abstención. No es por una cuestión que se considere que no hace falta crear estos espacios. El problema es que se crean y se destinan fondos, y ahí es donde nosotros verdaderamente queremos hacer un planteo de que se vienen haciendo discusiones de este tipo año tras año, que se va a crear un refugio, que se destina en el presupuesto, que después no se crea, que se vuelven a poner en el otro presupuesto los gabinetes interdisciplinarios. Entendemos que hay un problema integral para dar respuesta a esta situación que no está contemplada solamente en la creación de estos dos juzgados. Y más allá de que hace falta una discusión de una reforma judicial, lo que nosotros planteamos es otro tipo de reforma. Entonces, nos parece que, para ser consecuentes con lo que venimos reclamando y demandando y haciéndonos eco también de las movilizaciones enormes que está llevando adelante la sociedad porque las mujeres, obviamente, se embanderan cada vez que hay un..., lo reclaman permanentemente, pero que somos muchos parte de ese reclamo que queremos que se termine la violencia de género, los femicidios y que no quede en una expresión.

Por eso, nos parece importante poder transmitir un mensaje, por lo menos, coherente de nuestra parte. Nos abstenemos porque no estamos en contra de que se creen, pero nos parece insuficiente, nos parece que hay discusiones más profundas que tienen que ver con la integralidad para poder pre-ve-nir, pre-ve-nir. No queremos llegar al episodio o al momento en el cual las medidas no dieron resultado. Y digo: está, es público. Todos los últimos hechos han marcado mucho esto, que tenían las perimetrales, que tenían medidas cautelares, todas las medidas, y no dieron resultado. Entonces, entendemos que hace falta ese planteo concreto, señor presidente.

Por eso, solicitamos la abstención para no quedar, de alguna manera, diciendo: esta es la única solución. Entendemos que se pueden crear estos juzgados, pero que, si no se discute en paralelo o al mismo tiempo qué tipos de políticas públicas van a haber para evitar llegar a lo peor de la cadena de hechos de violencia, entendemos que no sería consecuente con lo que venimos planteando.

Por eso, solicitamos también la abstención como una forma de expresar esto.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputado.

A consideración la abstención.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No se aprueba la abstención.

Tiene la palabra la diputada María Soledad Martínez.

Sra. MARTÍNEZ. —Gracias, presidente.

Yo no participé de la comisión porque no estaba aquí. Agradezco nuevamente al presidente de la Comisión A que me permitió tomar la palabra en forma virtual y a los diputados que la integran.

Quiero ratificar las consideraciones que hice en esa comisión partiendo por expresar que voy a acompañar este despacho.

La verdad es que no hay mucho margen para discutir el aporte que podría tener la especificidad de un juzgado y de la formación de sus integrantes. Sin embargo, me parece importante señalar dos aspectos que merecen, al menos desde mi punto de vista, análisis.

Primero, uno de forma. El Tribunal Superior de Justicia eleva este anteproyecto sin un solo antecedente que podamos conocer todos los diputados. La estadística era privativa —entiendo, en ese momento la compartió con el resto de los diputados— del presidente de la comisión, mas me parece importante poner de resalto que el Tribunal no puede entender el paso por la Legislatura como una mera formalidad en donde los diputados no tenemos posibilidades de analizar absolutamente nada. Entonces, una cuestión de forma, pidiéndole al Tribunal que revise los mecanismos de vinculación y articulación con la Legislatura para que sea más rica la posibilidad de la discusión.

Luego, una de fondo, en sintonía con lo que se ha venido expresando. En el mismo sentido que en el marco de la última sesión que estaba alrededor de la conmemoración del 8 de marzo y en donde hemos expresado muchos que celebrábamos la decisión de la Legislatura de convocar a una mesa en donde discutamos el escenario normativo, el Poder Judicial no puede plantearse como un eslabón aislado que propone una solución con una sola acción en tanto parte del Estado tiene que asumir que es imprescindible sentarse a articular con el resto de los Poderes y analizar el abanico de herramientas a poner a disposición de las mujeres que hoy acrecientan su estadística de mujeres violentadas y, en el peor de los casos, mujeres asesinadas en mano de los feminicidas o de sus relaciones, de los hombres violentos que las rodean.

Entonces, me parece que este ejercicio que tenemos los Poderes del Estado frente a cada hecho dramático, como en este caso fue recientemente la muerte de Guadalupe, el feminicidio de Guadalupe —perdón— en Villa la Angostura, no podemos reaccionar con una respuesta esporádica. El Poder Judicial es responsable también y tiene que sentarse a discutir el escenario de las herramientas que revisar, partiendo de la autocrítica imprescindible ya. No sirven los dispositivos así como están previstos y no alcanza con decir: ya creamos un juzgado de familia. Hay solo dos Oficinas de Violencia en la provincia, una en la Confluencia y otra que funciona en la II Circunscripción Judicial que tiene a su cargo recorrer el resto de las circunscripciones judiciales para abonar la información de los juzgados de familia del resto del interior de la provincia. Es claro que ese diseño no sirve.

Entonces, mayor seriedad al elevar los proyectos, estadística, información, cómo se van a reunir los presupuestos, sabemos que el Poder Judicial tiene atribuciones para reasignar partidas. No es esa la respuesta formal que necesitamos porque, luego, cuando la formalidad no nos permite responder frente a un hecho lamentable y profundamente terrible, como es un nuevo feminicidio, la respuesta siempre es el presupuesto, con lo cual no es un dato menor que discutamos si hay o no presupuesto para dotar de estructura a esa nueva herramienta que ponemos a disposición de las familias y, en particular, de las mujeres, en este caso, de Rincón de los Sauces y de Villa la Angostura.

Ratifico, entonces, mi voto positivo, pero entiendo imprescindible profundizar el debate en estos dos sentidos.

Gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

Tiene la palabra el diputado César Gass.

Sr. GASS. —Gracias, presidente.

Como perteneciente a la comisión, y habiendo dado asentimiento a que esto pase al recinto para ser aprobado, yo no desatiendo los comentarios que se hicieron precedentemente en función de que falta un concepto global; seguro, seguro que falta un concepto global. Lo que pasa es que el voto de Juntos por el Cambio fue razonado en la necesidad de que hay una sensibilidad muy especial y que se necesita dar respuesta, pero, fundamentalmente, también en función de que quien lo enviaba —el Tribunal Superior de Justicia— creíamos que era lo suficientemente serio, fundamentalmente, presidente, el doctor Busamia, para llevar las cosas y tenerlas diagramadas de tal manera que esa reasignación de partidas no iba a generar ninguna distorsión dentro del presupuesto del Poder Judicial.

Por eso, también tenemos que entender que muchas cosas se hacen en función de la pandemia. La pandemia nos ha dado a nosotros una forma de conducirnos que no era la normal, emocionalmente no es normal a veces cómo nos conducimos. ¿Por qué? Porque hay apremios, porque la gente se contagia, porque no hay presencialidad, por ejemplo, en las escuelas. Porque nos pasan un sinnúmero de inconvenientes que tenemos que ir, por lo menos, en la coyuntura solucionándolos.

Yo había recorrido Villa la Angostura, no fui a Rincón de los Sauces, pero era un reclamo, era un reclamo de Villa la Angostura, lo tenía la gente de San Martín. Y debo ser honesto. Cuando el presidente de la comisión, el presidente de bloque del Movimiento Popular Neuquino nos dijo si alcanzaba con esto sin más pedidos de informe, yo consulté con mi bloque, y dimos asentimiento a que así fuera.

Por eso, convalido esto, votamos afirmativamente, y no lo puedo cuestionar, porque el cuestionamiento sobre el funcionamiento global del Estado lo hacemos permanentemente. Pero, en esta oportunidad, hay un caso de ultrasensibilidad que tenemos que ir a remediarlo.

Por eso nuestro voto afirmativo, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra el diputado Darío Peralta.

Sr. PERALTA. —Gracias, presidente.

Buenas tardes.

Primero, para dar el presente de ser posible, por favor.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Sí.

Sr. PERALTA. —Gracias, presidente.

Y, en segundo lugar, voy a adherir a cada una de las palabras que dijo mi compañera de bloque, con la cual compartimos la comisión e hicimos el mismo planteo. Yo expresé que es momento de..., no alcanza solo con presentar la ley o disponer de los juzgados. Lo planteé también en la otra comisión en la que lo pudimos debatir. Creo que cada una de las iniciativas que tomemos con respecto a esto las tenemos que pensar siempre desde la perspectiva de género, con perspectiva de género, y me parece que en estas condiciones no están dadas esas perspectivas de género.

Claro que el voto va a ser positivo, pero está claro que necesitamos darle la seriedad que el marco amerita. No alcanza solo con nombrar los juzgados.

Gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

No habiendo más pedidos de palabra, se habilita el sistema electrónico de votación para el tratamiento en general de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Falta su voto, diputada Jure.

Sra. JURE. —No voy a votar, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Absténgase o vote por el no.

Sra. JURE. —No me autorizan a abstenerme. Esa polémica la tuve con el presidente Figueroa [dialogan]...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene que votar, diputada.

Sra. JURE. —No me permitieron votar la abstención. No tengo permiso.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Pero el Reglamento..., se puso a consideración la abstención y salió...

Sra. JURE. —No va a hacer el mismo papelón que Figueroa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Diputada, usted pidió la abstención. La abstención no fue dada. Ahora, al estar presente, tiene que expresar su voto por negativo o positivo.

Sra. JURE. —No lo voy a hacer. ¿Qué va a hacer usted?

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Va a quedar registrado en el libro de sesiones que se está negando a votar.

Sra. JURE. —Haga lo que quiera.

Ustedes hacen lo que quieren con mi derecho democrático a abstenerme.

Ustedes se niegan al pago de salarios...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No estoy haciendo lo que quiero. Estoy aplicando el Reglamento aprobado en la Cámara.

Sra. JURE. —Usted no está aplicando el Reglamento...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Sí.

Sra. JURE. —Si usted aplicara el Reglamento, haría lo que dice el Reglamento.

Léalo usted.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —El Reglamento dice que usted solicitó la abstención. La abstención le fue negada por el voto en la Cámara, que fue negativo. Entonces, tiene que presentarse a votar. No vota, lo vamos a dejar registrado en el diario de sesiones...

Sra. JURE. —Hagan lo que quieran. Ustedes hacen lo que quieren con mi derecho democrático.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —¿Leemos el artículo 201?

Sra. JURE. —Bueno.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —«Ningún diputado podrá abstenerse de votar sin permiso de la Honorable Cámara ni protestar contra una resolución de ella, pero tendrá derecho a pedir la consignación de su voto en el diario de sesiones».

Que es lo que vamos a hacer [*la diputada habla fuera de micrófono, lo que imposibilita su registración*]. Por eso, le estamos aplicando el Reglamento y vamos a consignar que se negó a votar.

Sra. JURE. —Como quiera.

Ustedes se niegan a pagar salarios a los trabajadores, y nadie dice nada. Haga lo que quiera.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No sabe respetar la democracia, diputada.

Sra. JURE. —La democracia es permitirme abstenerme, es permitirme el derecho a abstenerme. Eso es la democracia...

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado en general.

Pasa al próximo orden del día para su tratamiento en particular.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

7

MODIFICACIÓN ART. 1.º LEY 3239

(Expte. D-96/21 - Proy. 14 154)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento en general del proyecto de ley por el cual se modifica el artículo 1.º de la Ley 3239 con el objeto de suspender los procesos judiciales a quienes cumplen un servicio esencial en calidad de prestadores médicos asistenciales públicos o privados de internación o de diagnóstico y tratamiento que cuenten con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la Superintendencia de Servicio de Salud.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se dará lectura al despacho de comisión.

Se lee el despacho de la Comisión A.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Este proyecto lo veníamos trabajando desde la gestión anterior. Dado el tema pandémico que nos ocupa hoy en el tema salud, nos pareció importante en 2020, y al terminar la emergencia sanitaria, tal cual rezaba en la anterior ley que terminaba también la suspensión de los procesos judiciales, nos vimos con la necesidad de poder prorrogarla hasta el 31 de marzo de 2022.

Las circunstancias nos llevan a que, más allá de la suspensión de estos procesos, tanto en la parte pública como en la parte privada, la necesidad de contar con las instituciones de salud abiertas para que sus profesionales puedan atender en el marco de la pandemia, no solamente lo que tiene que ver con el virus, sino también el resto de las enfermedades que, en este devenir pandémico en donde hubo una priorización de esta enfermedad, hubo otras enfermedades que también se están haciendo prevalentes, y que es necesario atenderlas.

La necesidad de camas todos la conocemos. Esta pandemia nos lleva a una alta ocupación, por lo cual una instalación cerrada implica un montón de camas que son necesarias para el sistema de salud en su totalidad para poder contener esta problemática. Hay algunas instituciones que están pasando por algunos problemas judiciales ya hace tiempo. Y, en ese contexto de dar la posibilidad de mantener las clínicas abiertas y sus profesionales trabajando, en este marco es que pedimos la aprobación de este proyecto.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la diputada Lorena Parrilli la palabra.

Sra. PARRILLI. —Muchas gracias, presidente.

La verdad es que, afortunadamente, logramos postergar estas actuaciones procesales por parte de la Justicia en un contexto de pandemia a las instituciones de salud. ¿Y por qué digo esto? Porque el Policlínico Ados, que es quien se va a ver beneficiado, afortunadamente, por esta iniciativa legislativa, hoy, hoy, está próximo por la Justicia a recibir el remate de sus inmuebles. O sea, esto, concretamente, es vender la construcción, el edificio en el cual funciona el Policlínico Ados. ¿Saben para qué? Para pagar honorarios, honorarios de los abogados, para eso. Entonces, con esto vamos a postergar por un año más todos los procesos de esta clínica, de este policlínico y también de geriátricos y otras instituciones de salud que pudieran verse envueltas en una situación judicial. Pero creo que es un paso, es un primer paso.

El paso definitivo es que realmente en la provincia empiece a tomarse el tema de la salud como un derecho y no como una mercancía. ¿Por qué digo esto? Porque nosotros estuvimos viendo en este contexto de pandemia cómo quedó en evidencia el deterioro de aquel histórico sistema y aquel plan de salud pública de Felipe Sapag. Después de Felipe Sapag, hubo un deterioro impresionante en el sistema de salud pública al punto de que en la pandemia lo vimos en evidencia y requerimos por parte de nación una asistencia y una ayuda que fue realmente imprescindible y nos permitió poder ir sorteando todas estas situaciones. ¿Y por qué digo esto? Porque vino transferencia en salud, nada más, por parte de nación de 1000 millones en infraestructura, en equipamientos, en insumos, en remedios, en indumentaria para la protección y, además, nación va a construir hospitales en la provincia del Neuquén, va a ampliar el Hospital Zapala, el Hospital Ramón Carrillo, también el Hospital de Rincón de los Sauces. Es decir, la nación está ocupándose del tema de la salud en la provincia del Neuquén, lo está atendiendo. Pero necesitamos que realmente la provincia se ocupe del tema de salud.

Acá en la Legislatura estamos tomando esta iniciativa, pero el Ejecutivo, el gobernador tiene que hacerse cargo. No puede ser que todavía, todavía los trabajadores de salud no se están viendo reconocidos efectivamente en sus salarios, en sus condiciones laborales. Hemos visto recientemente cómo se judicializó la situación de todos los terapeutas, aún sin resolverse. También nación tuvo que enviar, incluso, enfermeros y médicos de Buenos Aires para poder atender la situación de la provincia. Es una vergüenza, la verdad, cómo se está atendiendo esto, y no es por un tema de voluntad de la ministra de Salud o de voluntad de los médicos, de los enfermeros, es un tema de decisión política del señor gobernador.

Y yo quisiera compartir con ustedes porque entiendo que en salud hay dos maneras de ver la salud, o la vemos como un derecho o la vemos un negocio, como una mercancía. Y quiero leerles un fragmento del libro que recomiendo del doctor Manuel Manoukián que hace un análisis del sistema de salud en el mundo, en la provincia del Neuquén y a nivel nacional, y hay una parte en la cual dice:

¿La salud como derecho o salud como mercancía? Dos modelos. Hay solo dos maneras de verlo.

La aplicación cabal del concepto de salud como derecho es posible en sociedades que propician un Estado social y que pugnan por generar una distribución equitativa de la riqueza para construir justicia social. Son comunidades que asumen la salud con una mirada colectiva, que se preocupan por garantizar el acceso universal; es decir, todos, de acuerdo a sus necesidades pueden acceder al sistema de salud, el que, por otra parte, centra su atención en la salud antes que en la enfermedad.

Por lo contrario, aquellas sociedades que asumen la salud como un bien de mercado esperan que se ordene el sistema sanitario siguiendo las reglas de la oferta y la demanda. La salud es un atributo personal o familiar, pero no colectivo, por el que cada quien debe procurarse. Son comunidades cuyo sistema solo espera garantizar un mínimo sanitario a todos y que el resto sea el resultado de los méritos propios de cada individuo. Su sistema de salud hace eje en la enfermedad y no en la salud.

Esto quiero plantearlo para cerrar porque me parece que está muy bien que nosotros hayamos hecho esto, esta iniciativa de suspender, pero la verdad es que nos queda un camino muy largo por construir y por llevar adelante en lo legislativo, pero, principalmente, en el Ejecutivo.

Detrás de cada necesidad hay un derecho, decía Evita. Tenemos que abogar a eso, tenemos que ir hacia eso porque, si no, nos va a pasar como los expertos en negocios, los comerciantes, donde detrás de cada necesidad hay un negocio, y nosotros queremos que haya derechos y para que haya derechos se tiene que tomar en agenda el tema de la salud y destinar el presupuesto que requiere la provincia. Aceptar, obviamente, lo de nación, todo esto que recién enumeré, pero la verdad es que no alcanza, no alcanza.

Así que, simplemente, agradecer a los diputados y diputadas que acompañaron esto que los trabajadores del Ados, que es una cooperativa, una de las pocas cooperativas de salud en el país, ven con muy buenos ojos y están siguiendo este tema de cerca de lo que estamos haciendo aquí en la Legislatura. Así que agradecer a mis compañeros diputados y diputadas por apoyar esta iniciativa.

Muchas gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

Tiene la palabra el diputado Andrés Blanco.

Sr. BLANCO. —Gracias, presidente.

Creo que la otra vez también manifestamos cuál es nuestra posición. Desde ya que, obviamente, acompañamos y nos hubiera gustado —como lo planteamos también en la comisión— que el tratamiento de un beneficio de estas características fuera puntualizado. O sea, en este caso, lo que plantea la diputada preopinante acordamos en que es muy importante generar un paraguas que contenga a la cooperativa Ados, pero lo que no podemos acompañar es que esto sea en un contexto de una ley general que le va a dar un salvavidas a los sectores privados de la medicina, clínicas, etcétera, etcétera. Y esto lo manifestamos y lo sostenemos.

Por eso quería fundamentar que vamos a votar en contra porque, fundamentalmente, tenemos la tranquilidad de que a esos compañeros y compañeras, conociendo su historia y la lucha que han llevado adelante por defender esa clínica que se transformó en una cooperativa, no tienen las mismas condiciones, ni por asomo, de beneficios que sí tienen muchos sectores de la medicina privada y que muchas veces son fondos públicos. Por eso, lo cuestionamos y dijimos: debería haber sido algo específicamente planteado para los trabajadores y trabajadoras del policlínico, pero se puso en un contexto más general para poder contener..., porque dice: sectores privados y públicos; que no haya ejecución de juicios en los sectores privados y públicos en general. Y eso, obviamente,

es una carta blanca para empresarios de la medicina, que en esto coincidimos que, si no es una mercancía, si lo entendemos como un derecho, el Estado es el que debería garantizar que el sistema sea público, no deberían existir las clínicas privadas porque, si no, al existir clínicas privadas, ya estamos dando por hecho —y se entiende— que estamos transformando la salud en una mercancía.

Por eso, nosotros no vamos a acompañar, dejando muy claro esto porque tenemos la tranquilidad de que esto lo podemos hablar de cara con cada uno de los... Yo conozco y tengo de vecinos a algunos trabajadores del Ados, lo estuve conversando con ellos. Obviamente, son posiciones políticas, y nosotros les dijimos que a nosotros nos parece una aberración que se discuta en un marco general cuando hay sectores de la medicina privada que le sacan provecho a la salud. Por eso, nos oponemos.

Y acá fíjese la discusión, presidente. Yo hubiera preferido la posibilidad de abstenerme, perdón que traiga el tema porque me parece que vamos a tener que discutir en algún momento porque así no se puede. Yo acuerdo con el acompañamiento al Policlínico Ados, pero no lo acompañamos que sea en un contexto generalizado, y, sin embargo, tengo que votar por sí o por no porque ya la abstención no me la van a dar, no nos la van a dar, y eso quita un derecho democrático. Porque yo preferiría decir: me abstengo porque acá me gustaría que se discuta otra cosa, y que, posiblemente, es parte de los temas de las comisiones y ya salen como despacho. No hay margen. Digo, presidente, lo dejo como una interpelación —disculpe—, pero me parece que, si no, esto así siempre va a terminar en un debate porque es un derecho democrático que no debería estar en consideración de los demás, sino que es propio de cada diputado y diputada.

Entonces, voy a votar en contra. Tenemos estos fundamentos planteados y consideramos que esto lo podemos decir tranquilamente a cada trabajador y trabajadora del policlínico porque saben que venimos de una extracción de lucha, pertenezco a la cooperativa y, lamentablemente, muchas veces, todos en la bolsa no es lo mismo, no somos lo mismo. Así que nos parece importante marcarlo.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputado.

Tiene la palabra el diputado Maximiliano Caparroz.

Sr. CAPARROZ. —Gracias, presidente.

Brevemente.

La verdad, lamento el rumbo que tomó el debate en cuanto al proyecto específico, que era la suspensión del proceso, específicamente, yo no lo nombré, me parecía que no correspondía porque es una norma, una ley que no es una ley para el Ados, es una ley para todo el sistema de salud, público y privado. Nos hemos juntado con gente del Ados, nos han contado su problemática, y, a raíz de esa necesidad, surgió también la posibilidad de hacer esto el año pasado y repetirlo este año.

Si se quieren desmentir los dichos por el diputado preopinante en cuanto a que nación hace lo que hace, a ver, podemos decir los números también. Acordémonos de que el presidente en conjunto con todos los gobernadores decidieron el camino a tomar en cuanto al tema de fondos de nación que en la pandemia aparecieron, que nunca habían aparecido antes, jamás, y, cada vez que nación ha largado un plan, Neuquén no podía adherir porque iba en contra de lo que se venía haciendo en Neuquén hace cuarenta años. Porque, cuando Neuquén habla, el país escucha en salud porque somos los que llevamos la bandera de salud del país y porque tenemos los especialistas y la formación de cuarenta años. Por eso, los ministros nacionales les preguntan a los que saben de Neuquén cómo son determinados planes que después larga nación para otras provincias que no toma Neuquén porque ya las aplicamos hace veinticinco, treinta años.

El tema de los fondos con el Gobierno nacional se comprometió a hacer compras centralizadas y a repartir a las provincias por el tema de que en el mundo no había insumos; entonces, al comprar el país se podría comprar de otra manera, en otros volúmenes y poder repartirlos a todas las provincias dada la situación pandémica.

Los profesionales que vinieron —les cuento por si no sabían—, muchos de los profesionales que vinieron, que han sido muy bien recibidos, por supuesto, que fueron en muy poca cantidad, algunos no pudieron estar en el hospital de máxima complejidad porque no tenían el conocimiento, tuvieron que ser trasladados a hospitales de complejidad III y ayudar en el tema médico y también de

enfermería en los hospitales de baja complejidad, dados los conocimientos que traían. Por supuesto, han sido bienvenidos y, ante lo que sufrió la gente de salud, médicos, profesionales, choferes, administrativos en cuanto se han enfermado y han tenido que faltar a sus trabajos han podido, hemos podido cumplimentar no solamente en esta provincia, sino en el resto del país en donde, con buen tino, nación donde tiene la concentración mayor de agentes de salud ha podido distribuir a provincias donde hay menos volumen. Podemos hablar de provincias del norte del país o del sur, o de la provincia de Buenos Aires, en donde en Capital Federal y en el Conurbano es una realidad, y a 100 km es otra en lo que es salud.

Así que no se puede —creo— mezclar todo. Acá estamos tratando un proyecto con respecto a las suspensiones de los procesos judiciales por una cuestión específica. No podemos meter a todos en una misma bolsa, son cosas diferentes; las podemos debatir, pero creo que en los contextos adecuados.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Jure.

7.1

Permiso para abstenerse de votar

(Art. 201 del RI)

Sr. JURE. —Gracias, señor presidente.

Yo voy a volver a hacer el pedido de abstención.

La presidenta de la Comisión B ayer me dijo: que no se le haga costumbre, diputada. Bueno, a algunos se les hace costumbre votar el ajuste y no, ni se ponen rojos siquiera.

Por lo mismo que dijo mi compañero, pero no me voy a rendir, yo voy a hacer uso de mi derecho democrático por todo lo que se ha señalado.

Miren, se habló del Ados. Yo estoy muy metida con el tema del conflicto del Ados porque bajo la forma de cooperativa se esconden las más feroces patronales también. También, hay muchas cooperativas que tercerizan trabajadores. Y, sin embargo, frente a los compañeros ceramistas, que son una cooperativa que ha remontado una fábrica y que tiene una amenaza de remate, no hay ningún problema de mandar a la Justicia y el espionaje. Ados despide, Ados ha despedido decenas de trabajadoras y trabajadores. Es más, desde julio del año pasado hasta el día de hoy, incluso hasta septiembre, cuando los hicieron trabajar a algunos, no les pagaron sus salarios. Los maltrataron, los persiguieron. Todavía estamos a la espera de que sigamos el debate en la Comisión C o en la Comisión I, porque estábamos tratándolo en la Comisión I, dijeron: marchen presos los trabajadores del Ados, y empezamos un debate en otra comisión; ahí quedó.

Entonces, yo voy a hacer el pedido de abstención porque es el derecho que tengo. No puedo votar en contra; o sea, no quiero votar en contra. Poder puedo, pero no es porque no me quede otra, esto no es un sabor de helado que uno elige, si no hay el que vos querés, elegís otro. Es un debate político, es un problema. Y me quiero abstener porque acá, acá se suspenden procesos judiciales, es una suspensión, y entiendo que también están los problemas de la salud pública, pero acá hay que explicarse por qué tenemos estas situaciones en sectores de la salud pública, y en función de la salud pública me lo ponen. Eso parece un chantaje: ¡oh!, vas a votar en contra de las cuestiones de la salud en plena pandemia. Todas esas cuestiones rondan ese debate. Por lo tanto, estoy fundamentando nuevamente por qué estoy solicitando la abstención en este punto, que es un derecho absoluto.

Acá hay diputados que, cuando no han querido quemarse las manos en debates en el medio de los acuerdos de gobiernos nacionales y provinciales, han pedido la abstención, y se la han otorgado sin ningún problema. Bueno, parece que la abstención no es un derecho que valga lo mismo para todos los bloques.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

A consideración la abstención de la diputada.

La votación es negativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No se aprueba la abstención.

Se habilita el sistema electrónico de votación para el tratamiento en general de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado en general.

Queda registrada la no votación de la diputada Jure.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

8

ADHESIÓN A LA LEY YOLANDA

(Expte. D-941/20 - Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20 - Proy. 13 977
y Expte. D-922/20 - Proy. 14 000)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento en general del proyecto de ley por el cual se adhiere a la Ley nacional 27 592, Programa de Formación para Agentes de Cambio en Desarrollo Sostenible, denominada Ley Yolanda.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se dará lectura a los despachos.

*Se leen los despachos de las Comisiones H, A
y B.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra la diputada María Fernanda Villone.

Sra. VILLONE. —Gracias, presidente.

Antes de comenzar con mi exposición como miembro informante, quería hacer una reflexión cortita porque creo que tenemos que avanzar en los temas, pero decirle, presidente, que es importante que nos expresemos en este sentido por lo que acaba de suceder hacia su persona.

Me parece o nos parece a la gran mayoría por lo que hemos compartido en las miradas que podemos estar de acuerdo o no en los temas, podemos debatir, discutir, no nos puede gustar, quizá, la opinión de algún diputado o diputada, de algún compañero o compañera no solamente acá en la sesión, sino también en las comisiones, podemos aceptar o no las opiniones; pero nunca podemos faltar al respeto a un compañero o a una compañera diputada y menos aún al presidente de la Cámara.

Me siento orgullosa, presidente, porque encuentro en usted a una persona, primero, de mi partido; y, segundo, una persona muy respetuosa, un hombre de Estado, un hombre que ha demostrado capacidad de gestión en los lugares donde ha podido desarrollar su actividad política e institucional. Pero aquí, en esta Cámara, ha sido alguien que nos ha conducido de la mejor manera y, en momentos muy críticos, como fue el año pasado que hemos tenido una pandemia que nos ha dado una cachetada a todos en lo personal, y creo que aquellos que no hemos o no han reaccionado o no han tenido otra mirada a partir de eso no han aprendido nada.

Decirle que me siento orgullosa por que usted nos conduzca y también por el gran dirigente que tenemos hoy en nuestro partido, como usted y como otros grandes dirigentes, y hoy en homenaje también a nuestro Pedro Salvatori, grandes hombres de nuestro partido y que hoy, en este cambio generacional, tanto usted como el gobernador y otros dirigentes que podemos contar y mujeres dirigentas de nuestro partido debemos cada uno de nosotros como militantes destacarlos y defenderlos.

Así que mi solidaridad hacia usted. Sé que es un hombre fuerte y que es un hombre de convicciones, pero es un hombre paciente y un hombre de mucho respeto. Así que no quería dejar pasar este momento.

Y —como decía el diputado preopinante— no somos todos iguales, y porque no somos todos iguales marco esta diferencia en destacar esto y no dejarlo pasar.

Volviendo al tema en cuestión, a este proyecto que, por lo visto, para muchos de nosotros y nosotras es muy importante porque hemos tenido tres presentaciones de proyectos de tres fuerzas políticas dentro de nuestra Cámara, que es la adhesión a la Ley 27 592, la Ley Yolanda, que es, obviamente, en homenaje a Yolanda Ortiz. Es un proyecto que, si hoy logramos —y calculamos que sí— tener esta sanción en general, podemos en adelante poder tener este tipo de capacitaciones obligatorias en cada uno de los Poderes del Estado.

Como recién leía la secretaria de Cámara, no me quiero extender mucho porque detalló cada uno de los artículos, es importante que nos expresemos en este sentido porque el ambiente como el género, como muchas temáticas que hoy nos convocan o nos autoconvocan son parte de los temas que no tienen grieta ni acá ni en el país ni en ningún lado. Entonces, es importante que hoy podamos lograr este tratamiento y la aprobación en general para que esta capacitación que tiene que ver con las temáticas del cambio climático, la economía circular, la protección de la biodiversidad y otras temáticas puedan ser parte de estas políticas públicas en forma transversal en los diferentes tipos de carteras, en salud, en educación, en infraestructura, en todo lo que vayamos a planificar; obviamente, en lo que son las obras, la producción, la industria, el turismo, la ciudadanía, la cultura, entre otros.

Como se puede ver en el proyecto, se establece como autoridad de aplicación a la Subsecretaría de Desarrollo Territorial y Ambiente porque coincidimos que tiene que tener una mirada local porque no todas las provincias tienen la misma biodiversidad ni tampoco tienen los mismos problemas ambientales. En el proyecto, se invita a adherir a los municipios. Esto es importante porque, más allá del gran trabajo que están llevando cada uno de los municipios con sus direcciones, con sus áreas, y en conjunto con la Subsecretaría de Ambiente de la provincia a través de las mesas Girsu [*Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos*], es importante que ellos tengan una planificación en este sentido. Obviamente que van a tener el acompañamiento de la Subsecretaría para el Desarrollo y, por lo que nos han dicho, ya se están conformando en reuniones para ver cómo le van a dar tratamiento al mismo. Así que creo que es un gran desafío de los municipios que puedan diseñar, evaluar e implementar estas políticas públicas con perspectiva ambiental.

Y también es importante decirles que el sábado la Cámara de Diputados de la Nación va a trabajar y va a tratar un proyecto de ley muy importante, que es la implementación de la educación ambiental integral en la República Argentina. Por eso, celebramos que no solamente hoy podamos tratar en general este proyecto de ley, sino también que el sábado nuestros diputados nacionales puedan llevar adelante este proyecto que va a ser tan importante para nuestros niños, niñas y todos los que estén dentro del sistema educativo.

Este proyecto de ley que se va a tratar el sábado se trabajó con los ministerios de la nación de educación y de ambiente. Por eso, es sumamente importante y es gratificante ver que estos dos proyectos, tanto el que vamos a tratar hoy, el que estamos tratando, como el que se va a trabajar el día sábado en Diputados, podamos tener para adelante esta mirada que todos coincidimos que tenemos que tener.

Por último, presidente, estamos convencidos y convencidas de que esta adhesión a la Ley Yolanda va a traer grandes resultados para adelante en todo lo que tenga que ver con la planificación en esta provincia que es tan linda y debemos defender cada uno de nosotros y nosotras el ambiente en cada lugar y en cada microrregión.

Muchas gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

Tiene la palabra la diputada María Soledad Martínez.

Sra. MARTÍNEZ. —Gracias, presidente.

Voy a tomarme también un minutito para hacer una referencia que omití hacer al momento de iniciar la sesión.

Quiero expresar en esta Cámara el repudio a los hechos de violencia que sufrieran los trabajadores del diario *Río Negro* el día de ayer cuando un grupo de manifestantes violentos irrumpió en la sede central del diario *Río Negro*, expresando de manera violenta su posición. Por eso, y en este contexto en el que hoy tuvimos esta sesión especial, creo que es muy importante nuevamente poner en valor, justamente, lo valioso de la democracia que es tener la posibilidad de expresarnos y de tomar todas las posiciones. Mas repudiar enérgicamente todos estos actos de manifestación, estas formas de manifestación violenta que no solamente no contribuyen a enriquecer el debate, sino que atentan contra el funcionamiento democrático de instituciones públicas y, en este caso, privadas, como es un medio de comunicación. Mi solidaridad, entonces, con los trabajadores y trabajadoras del diario *Río Negro* que sufrieron esta agresión el día de ayer.

Y ahora, tomando el lugar como miembro informante, celebro —como decía la diputada preopinante— que hayamos sido tres fuerzas políticas diferentes las que hayamos tenido la iniciativa de presentar este proyecto de adhesión a una ley nacional que, ciertamente, tiene su centro puesto en la formación transversal para todos efectores del servicio del Estado nacional, de las distintas áreas del Estado nacional en materia ambiental, pero que también tiene otras connotaciones que nos parece también importante poner de resalto.

La primera de ellas es el reconocimiento a Yolanda Ortiz; forma parte del texto de ley al que estamos proponiendo adherir, que tiene que haber una referencia en donde contarle a las generaciones que van a seguir quién es Yolanda Ortiz, quién fue. Se hizo una mención rápida a Yolanda Ortiz. Fue la primera mujer integrante de un gabinete nacional en la Presidencia del año 1973, designada por Juan Domingo Perón; además, en lo que fue la primera cartera que tuvo un gobierno nacional en materia de ambiente, fue secretaria de Ambiente de ese Gobierno nacional. Era doctora en Química, lo que ya era un hecho extraordinario para la época, tanto en la especialidad como en su activismo en materia de protección del ambiente y también en la perspectiva de género que le impregnó a su militancia asociada a la tutela del ambiente. En aquel momento, Yolanda Ortiz, que viene de otro espacio político, no viene del peronismo, se vincula con el todavía no presidente Juan Domingo Perón, y, motivo de esa vinculación, en el año 72 Juan Domingo Perón escribe un mensaje ambiental a los pueblos y gobiernos del mundo, que la verdad es que vale la pena leer porque tiene una actualidad y una vigencia que merece ser destacada.

Estoy ocupando mi tiempo de miembro informante, no voy a hacer una referencia a la cuestión ideológica en relación a esa carta porque quiero respetar el rol que me han dado los compañeros y compañeras diputadas. Entonces, quiero contarle a qué ley adherimos. Es una ley que establece la obligatoriedad de formación en perspectiva de ambiente, sustentabilidad y cambio climático a todos los empleados y funcionarios del Estado nacional. Y hago hincapié en *funcionarios* porque tiene un capítulo en el que especialmente se prevé que los funcionarios de los más altos rangos de todas las estructuras del Estado tienen que capacitarse obligatoriamente y tiene que tener publicidad el hecho de haber accedido a la capacitación. Estamos adhiriendo a esa ley. Es decir, estamos proponiendo que todos los operadores del Estado provincial, en cualquiera de sus Poderes, se formen y se capaciten en esta perspectiva. Estamos configurando o modificando en la parte pertinente los estatutos correspondientes, porque el incumplimiento en realizar las capacitaciones se configura por esta ley en una falta grave que hace a los trabajadores y a los empleados de los distintos niveles del Estado pasibles de sanciones administrativas conforme los estatutos lo prevén.

Estamos, además, adhiriendo a una ley que propone que las organizaciones de la sociedad civil vinculadas, especialistas en este tema, participen en el diseño de los programas, en la evaluación y en el monitoreo del cumplimiento del plan de capacitación que las autoridades competentes —en este caso, la Subsecretaría de Desarrollo Territorial y Ambiente de la provincia— tienen que elaborar para todos los Poderes.

Y, además, estamos proponiendo un par de ítems que tienen que ser obligatorios y otros que enriquecen la formación que tiene que ser transversal y tiene que tener una especial mirada puesta en las cuestiones de la sustentabilidad y del cambio climático.

Con esta ley y con el proceso que se inicia con esta ley, Argentina va a empezar a cumplir las obligaciones que como un país que integra la Organización de las Naciones Unidas asumió en el

marco de la Agenda 2030, en donde las cuestiones vinculadas a transversalizar la mirada del ambiente forman parte de las obligaciones que asumen los estados parte.

Por último, para Neuquén y para todos los trabajadores del Estado provincial y los funcionarios provinciales en Neuquén la cuestión del ambiente debería ser una materia que tenga más jerarquía. Una provincia que tiene en más del cuarenta por ciento de su producto bruto geográfico la explotación de recursos naturales debería tener un área con mucha más jerarquía asociada a la protección de esos recursos naturales desde la perspectiva de la sustentabilidad de su explotación.

De modo que ojalá esta ley también sirva para que las autoridades del Ejecutivo provincial en un nuevo organigrama nos propongan la jerarquización del área de Ambiente en ministerio, la dotación para ese ministerio de presupuesto y recursos para poder hacer una tarea en todo el territorio de la provincia del Neuquén y, por supuesto, un compromiso férreo de garantizar la sustentabilidad de la explotación de esos recursos naturales con la perspectiva que la Ley Yolanda nos propone para toda la actividad de la administración.

Muchas gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

Tiene la palabra la diputada Leticia Esteves.

Sra. ESTEVES. —Gracias, presidente.

Decía Yolanda Ortiz —y lo destacaba en la comisión el otro día— que, justamente, no se puede trabajar desde la individualidad para abordar los problemas ambientales o de ecología —como decía ella en ese momento—, sino que tenía que ser desde el colectivo. Y por eso celebro que hoy esta adhesión haya sido presentada por tres fuerzas políticas distintas.

Mencionaba recién la diputada Martínez la Agenda 2030, a la que nosotros visibilizamos o intentamos visibilizar a partir de un proyecto de resolución que aprobamos el año pasado para clasificar las leyes que presentamos. Estos proyectos fueron presentados previos a la sanción de esa resolución, pero creo que es importante decirlo, y el objetivo número 13 es donde debería estar considerada esta ley que habla sobre tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos. Miren si no es importante visibilizar la Agenda 2030 y tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático, y, sin duda, la Ley Yolanda lo que busca es, justamente, eso.

En la comisión en el día de ayer, se dio un debate sobre si todos los problemas eran problemas de educación; y la realidad es que yo no tengo dudas de eso, yo no tengo dudas de que todos los problemas o la mayoría de los problemas que estamos teniendo hoy son problemas de educación y veo sumamente necesario que todos estemos capacitados. Y no solamente en esto o en la Ley Micaela; está la necesidad de que estemos capacitados en un montón de otras cosas y estamos trabajando también en un proyecto que aborda otras temáticas que son muy pero muy importantes.

Esta ley habla de tres puntos centrales, no me voy a explayar mucho porque ya lo han hecho la diputada Villone y la diputada Martínez, pero sí destacar estos tres puntos de los que habla la ley, que son promover la planificación del desarrollo económico en armonía con el ambiente; llevar acciones que logren la preservación ambiental con la sociedad; y propiciar programas de educación ambiental que mejoren la calidad de vida.

Sin duda, si nosotros nos capacitamos, aprendemos, comprendemos cuál es la problemática en el caso nuestro y en la responsabilidad que tenemos en esta Cámara, los proyectos que podamos elevar, sin dudas, van a ser superadores.

Así que celebro que estemos adhiriendo a esta ley y que lo hagamos con un gran acuerdo de varios espacios políticos.

Nada más, señor presidente.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

Tiene la palabra el diputado Andrés Blanco.

Sr. BLANCO. —Gracias, presidente.

Por ahí, hay que poner un poco en contexto. Cuando se empieza a discutir y se lleva adelante el tratamiento de esta ley, la Ley Yolanda, para nosotros es muy importante destacar que ya veníamos, y es sucesivo, gobierno tras gobierno que se ponga en discusión el tipo de extractivismo que hay acá

y, sobre todo, en Neuquén en particular donde pasan los gobiernos, esté el que esté, y se consolida el extractivismo a través del *fracking* como una forma ya naturalizada, pero que ha tenido, justamente, ha traído mucha polémica y la sigue teniendo porque, claramente, el *fracking* es una forma de extractivismo que afecta el medioambiente. Y para nosotros hay una expresión que hace, de alguna manera, valer esa Ley Yolanda en los hechos que los llevan adelante las comunidades, las organizaciones medioambientales y el pueblo mismo, como lo podemos ver en Chubut que vienen resistiendo y organizándose, manifestándose contra la megaminería que se intenta instalar con el gobernador Arcioni a la cabeza, como insistente lobista de la megaminería en Chubut.

Pero hay una resistencia enorme que la vemos todos, no sé si todos le han prestado atención, que es parte de un proceso que es muy profundo en Chubut. Pero para poner un ejemplo porque, en realidad, también podemos hablar del enorme gesto que la sociedad mostró ante lo que fue el incendio en la Comarca Andina donde se puso el cuerpo y con una actitud de cubrir algo que debería haber estado cubierto que es tener los recursos para combatir los incendios. Ya lo dijimos también, incluso, en el proyecto que tratamos en la anterior sesión, que nos parece —y seguimos insistiendo— que no estaban los recursos, no están, incluso aún, todos los recursos necesarios para combatir ese tipo de eventos tan tan dramáticos.

Y, para meternos un poco más acá en la provincia, también acá el *fracking* ha sido..., o el extractivismo en general ha sido parte de una polémica histórica con los pueblos originarios, que han resistido, que se han organizado, y que sabemos que al día de hoy son ellos también quienes se manifiestan abiertamente en contra de ese tipo de avasallamiento contra sus derechos territoriales. Lo voy mencionando, ¿por qué? Porque me parece, y hablando de Sauzal Bonito, me parece que, incluso, ha tenido hasta un impacto bastante cercano a nosotros acá. Puede ponerse en discusión sí o no por el *fracking*. Y, bueno, es parte de los debates, pero está comprobado, en otros lugares está comprobado.

Entonces, de alguna manera, lo que sentimos es que esta ley puede sonar testimonial en un sentido. ¿Y por qué? Porque la capacitación o la formación a funcionarios públicos de los tres Poderes no va a dar respuesta a decisiones políticas que se tienen para llevar en adelante los emprendimientos que tienen efecto medioambiental, las megagranjas porcinas, las plantaciones transgénicas; acá en Neuquén el depósito que hay acá del basural de los residuos del *fracking* en Comarsa, nosotros también hemos presentado proyectos, y hay un informe que se está trabajando sobre el efecto medioambiental que tiene. ¿Qué queremos decir? ¿Cómo se les va a explicar a los activistas medioambientales que fueron detenidos por la policía de Arcioni y que fueron tratados como terroristas? ¿Qué se les va a decir? ¿Que es una capacitación lo que se le está dando?

Nosotros vamos a adherir, vamos a acompañar. ¿Por qué? Porque, esencialmente, hay sectores medioambientales que lo han planteado como una necesidad. Solamente por eso. Y porque nos parece que instala un debate que no se va a terminar en la capacitación; al revés, consideramos que eso va a originar mucha más profundización de las discusiones. Pero que, en realidad, para nosotros, prácticamente, pareciera una forma bastante demagógica, de alguna manera, de abordar un tema que tiene ya historia, que tiene, incluso, actualidad, que es que se avanza con emprendimientos que tienen fuertes condiciones económicas, que son parte de proyectos que, claramente, no contemplan el impacto medioambiental, pero que las organizaciones ambientalistas han planteado como una necesidad.

Por estos motivos, nosotros vamos a acompañar, por lo menos desde esta banca, pero dejando en claro que somos críticos de lo que expresa solamente el hecho de capacitación. Acá, claramente, lo que promueve emprendimientos que tienen efectos medioambientales son decisiones políticas, económicas, y eso es lo que nos parece a nosotros que siempre tiene que estar incorporado en las discusiones.

Así que nosotros vamos a acompañar, pero críticamente.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Patricia Jure.

8.1

Permiso para abstenerse de votar (Art. 201 del RI)

Sra. JURE. —Gracias, señor presidente.

Esta es una ley que ya se votó en noviembre del año pasado, y en el que el bloque del Frente de Izquierda se abstuvo y no hubo ningún problema en el Congreso. Obviamente, esto ya les anticipa mi posición. Hoy va a ser un día histórico en esta Legislatura.

Pero, para que recordemos la Ley Yolanda, por Yolanda Ortiz, plantea la capacitación obligatoria en ambiente a funcionarias y funcionarios de los Poderes del Estado, la participación pública de las organizaciones y el acceso a la información. Para decir tres elementos de muchas otras cuestiones que tiene planteadas esta ley que ya está votada, y con esta se adheriría.

En el proyecto de ley de esta provincia, el ámbito de aplicación en manos de quién está la aplicación de, al menos, estos tres objetivos, es en manos de la Subsecretaría que es quien hace la vista gorda y quien banca la contaminación de las petroleras que han dejado el subsuelo de nuestra provincia como un queso gruyer en donde estamos todo el tiempo temblando; son los mismos que han permitido el negocio de la obra sobre el río Nahueve; son los mismos que sostienen o dejan pasar la contaminación ambiental producto de la especulación inmobiliaria, el saqueo de nuestros bosques, de nuestros suelos y demás.

Por eso, en ese sentido, la bancada del Frente de Izquierda y de los Trabajadores considera que votar esto es una lavada de cara al Gobierno. O sea, es un problema de educación, es un problema de educación que los funcionarios, tanto a nivel nacional, provincial o municipal, lleven adelante esta política que, cuando pedimos informes, recuerdo que años atrás, como diputada en esta Legislatura, logramos que vengan de la Autoridad Interjurisdiccional de Cuencas para ver el estado de los ríos por la contaminación de las empresas de todo tipo, no solamente las petroleras, y nos mostraban los datos separados, fraccionados, como el cóctel que tiene el agua de nuestra provincia. ¿Lo hacen porque son ignorantes, lo hacen porque están maleducados, porque son analfabetos socioambientales? No, lo hacen porque defienden un interés determinado. Defienden el interés de todas las empresas que después terminan cayendo con proyectos en esta Legislatura en donde hablan de autosustentabilidad, del proyecto verde, de la energía verde, en donde no nos hemos cansado de reiterar que lo único verde que tienen esos proyectos de iniciativa son los dólares y las tasas de ganancias que persiguen. Y, entonces, se habla y se embellecen muchísimos proyectos que son antiambientales, antiambientales. Entonces, no son funcionarios inconscientes, sino que están detrás de proyectos o iniciativas o tareas que no cumplen, no llevan adelante como corresponde porque sería ir en contra de los intereses de la clase social a la que representan y que tienen enormes negocios con el medioambiente, a pesar del medioambiente y depredando el medioambiente.

Nosotros estamos en otro lugar parados frente a esto. Estamos con las asambleas socioambientales que están luchando para que se paren las obras en Nahueve, las mismas que lograron las consultas populares contra la minería, las mismas que defienden a brazo partido nuestros bosques, las mismas que se movilizan por el agua, como el otro día, las mismas que reclaman todos los elementos que corresponden para la defensa al medioambiente y no la respuesta que se les da en Chubut a los pueblos originarios, a los propios manifestantes, o en Mendoza o la represión de Schiaretto en Córdoba en la movilización de estos días.

Entonces, en ese sentido es que vuelvo a plantear el derecho a la abstención. Y en esto quiero hacer un paréntesis. Parece raro que sea más polémico el pedido del derecho a la abstención, que es un derecho democrático, que una votación a favor o en contra. ¿Por qué esta polémica? Porque uno tiene que explicar, más allá de todo lo que se dice sobre el tema, acá nadie ha faltado el respeto a nadie, yo creo que faltar el respeto al derecho a manifestarse a través de un Reglamento antidemocrático es grave, pero es un guante blanco, es una toalla mojada, esa no deja marcas. Si uno se calienta y hace el reclamo, eso se ve. Es así. Pero, justamente, hoy acá mis abstenciones en esta sesión han sido a través de tres temas polémicos: la mujer, la violencia hacia las mujeres y las

medidas frente a eso; la cuestión del medioambiente; y el tema de la salud. Son tres temas polémicos que se han concentrado en esta Legislatura, y lo que no se puede cortar se somete, se muerde el polvo. Eso es lo que se pretende.

Somos una clase trabajadora que resiste todo, el ajuste, la represión. Particularmente, he sorteado, señor presidente, un proceso penal por defender la jubilación de las y los municipales, y por saltar una valla para defender ese derecho.

No me preocupa, como alguien se alarme de la defensa del derecho democrático que tenemos acá. Si esta Legislatura decide ir a fondo con algún proceso sancionatorio, se tendrá que volver a realizar este Reglamento que es absoluta-mente anti-democrático.

Gracias.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —A consideración la abstención.

La votación es negativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —No se aprueba la abstención.

Se habilita el sistema electrónico de votación para el tratamiento en general.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado en general.

Queda consignada la negativa del voto de la diputada Jure.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

9

GRUPO PRIORITARIO EN VACUNACIÓN CONTRA CORONAVIRUS TRABAJADORES DE MERENDEROS Y COMEDORES COMUNITARIOS

(Expte. D-82/21 - Proy. 14 138)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento en general y en particular del proyecto de comunicación por el cual se solicita al Ministerio de Salud la inclusión como grupo prioritario en la vacunación contra el coronavirus a las trabajadoras y trabajadores de los merenderos y comedores comunitarios de la provincia.*

9.1

Constitución de la Honorable Cámara en comisión y presentación del Proy. 14 202

(Arts. 117 y 144 del RI)

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Miembros de la Cámara, para el tratamiento de este punto corresponde constituir la Cámara en comisión.

A consideración.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobada.

De acuerdo a lo acordado, se transforma en proyecto de resolución y se lo identifica como Expediente D-144/21, Proyecto 14 202, al que se le agrega el Expediente D-82/21, Proyecto 14 138.

A consideración.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Constituida la Cámara en comisión, se ratifican las autoridades en cumplimiento del artículo 145 del Reglamento Interno.

Tiene la palabra la diputada Soledad Salaburu.

Sra. SALABURU. —Gracias, presidente.

Quiero aclarar que por una modificación que hicimos de comunicación a resolución es que estamos tratando este proyecto de esta manera.

Este proyecto se trató —como bien decía usted— con preferencia en la Comisión C y tuvo los votos de todas y todos quienes participamos en esa comisión.

Como ya lo había explicado y me había explyado la otra vez y también en la comisión, este proyecto tiene como objetivo que el Ministerio de Salud de la provincia pueda reconocer como prioritario el trabajo que han realizado trabajadoras y trabajadores de merenderos y sean incluidos e incluidas en los calendarios de vacunación.

De alguna manera, aparte de lo concreto de solicitar que sean incluidos en el calendario de vacunación, el planteo o la propuesta tiene que ver con un reconocimiento político, por supuesto —que ya lo hemos hablando durante todo el año pasado—, en relación al rol que cumplieron algunas ciudadanas y algunos ciudadanos de la provincia y, por supuesto, del país en un trabajo, probablemente, muy invisibilizado, porque muchas veces hemos aplaudido, por supuesto, como corresponde, a quienes estuvieron en los centros de salud atendiendo desde ese rol una pandemia inesperada y esa situación excepcional. Y esto es, de alguna manera, un reconocimiento para quienes silenciosamente sostuvieron y pudieron dar una respuesta —aunque sea magra— al hambre de la población que, como todos ustedes saben, sufrió nuestra gente en los lugares más vulnerables de la provincia.

Así que, simplemente, eso. Creo que todas las explicaciones que tienen que ver con el decreto presidencial en donde se reconocía a estas trabajadoras y a estos trabajadores como indispensables están ya elaboradas, explicadas.

Así que solicito el acompañamiento de la Cámara.

9.2

Cese del estado en comisión de la Honorable Cámara (Art. 148 del RI)

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

Se cierra el estado de la Cámara en comisión.

Por Secretaría, se dará lectura al texto del proyecto.

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*La Legislatura de la Provincia del Neuquén resuelve:*

Artículo 1.º Solicitar al Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén la inclusión como grupo prioritario en la campaña actual de vacunación contra el coronavirus SARS-Cov-2 a las trabajadoras y trabajadores de merenderos y comedores comunitarios.

Artículo 2.º Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Está a consideración el tratamiento en general del presente proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado en general.

Pasamos a considerarlo en particular.

La votación de los artículos 1.º y 2.º es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Queda sancionada la Resolución 1107.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

INCORPORACIÓN ARTS. 239 BIS Y TER EN EL CÓDIGO PENAL

(Expte. D-86/21 - Proy. 14 144 y ag. Expte. D-44/21 - Proy. 14 080)

Sra. FERRARESSO (secretaria). —*Tratamiento en general y en particular del proyecto de comunicación por el cual se solicita la incorporación de los artículos 239 bis y ter en el Código Penal de la nación con el objeto de tipificar como delitos las violaciones a las órdenes de protección cautelares de restricción domiciliaria y de no acercamiento a un lugar o persona.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Por Secretaría, se dará lectura al despacho de comisión.

Se lee el despacho de la Comisión A.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Tiene la palabra el diputado César Gass.

Sr. GASS. —Gracias, presidente.

Primero —como lo dijo la diputada Soledad Martínez—, repudio totalmente, lo hice en una comunicación al diario *Río Negro*, pero lo expreso públicamente porque avasallar la libertad de prensa, ir contra los medios de difusión, realmente, es de un patoterismo y de una posición totalmente antidemocrática.

Así que respaldo al diario *Río Negro* y ratifico la posibilidad de que la prensa en toda su dimensión y en todos sus medios pueda actuar libremente.

Y, volviendo al punto que nos ocupa, quiero hacer referencia a que este proyecto fue presentado en la Cámara de Diputados de la Nación por el diputado nacional Diego Mestre. De ahí yo tomo, en función de consultas con constitucionalistas, penalistas, la posibilidad de adecuarlo y de proceder a enviar este proyecto de comunicación. Lo había hecho, lo habían hecho otros bloques, así que sostuvimos la unificación de estos proyectos, y creo que estamos satisfechos con la redacción final y que va, fundamentalmente, a evitar algo que nosotros estamos viendo, que es la laxitud, a veces, en las conductas sobre las cautelares. Por eso, en los artículos 239 bis y ter, lo que hacemos es tipificar como delito la violación a las órdenes de acercamiento a las..., mejor dicho, a la protección de las cautelares. Es decir que la cautelar no pueda ser flexibilizada a riesgo de que se cometan delitos que están penalizados en el mismo texto.

Pero quería leer solamente por qué es el ánimo y la sustancia de este proyecto de comunicación. Fíjense, en nuestro país, al 28 de febrero de 2021 hubo un total de 47 femicidios, lo que equivale a una mujer asesinada cada diez horas; el 9 % de las mujeres víctimas de femicidios había denunciado a su agresor, el 19 % tenía orden de restricción de contacto perimetral, y el 4 % disponía de botón antipánico. Fíjese, 2995 personas en situación de violencia tenían medidas de protección vigentes, el 95 % de las personas refirieron el ejercicio de violencia psicológica por parte de su agresor, el 90 % corresponde a la modalidad de violencia doméstica, el 67 % refirió haber atravesado una situación de violencia física, y el 13 % manifestó hechos de violencia sexual. En virtud de esto, que es una enormidad, y que nadie desconoce en esta Cámara, por lo menos, la gravedad de esta violencia y de esa laxitud, es que queremos poner fin a las violaciones a las órdenes de protección cautelares.

Por eso, necesito o pido a la Cámara, después de que se pronuncie el otro miembro informante, el diputado Coggiola, el acompañamiento que va a ser un respaldo para esa iniciativa que ya se ha presentado en el Congreso de la Nación y que, seguramente, más pronto que tarde, será sancionada como ley de la nación.

Nada más, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra el diputado Carlos Coggiola.

Sr. COGGIOLA. —Gracias, señor presidente.

En un debate anterior respecto de la creación de los juzgados de familia, la diputada Soledad Martínez hizo unas consideraciones que comparto plenamente. La situación de violencia de género y de violencia familiar debe ser abordada en forma integral y en forma trasversal respecto de todos los Poderes del Estado, pero también de abajo hacia arriba en todos los estamentos del Estado, a saber, el Estado nacional, el Estado provincial y, por supuesto, también los municipios.

Entonces, en este marco, esta comunicación pretende ser una exteriorización de la voluntad de los legisladores de que también la normativa nacional del Código Penal se siga *aggiornando* o siga profundizando la incorporación de la perspectiva de género en la normativa penal. Todos sabemos que la perspectiva de género viene siendo incorporada en la legislación penal de fondo como, tal vez, pieza fundamental fue la incorporación del delito de femicidio; pero debemos avanzar más. Hoy está tipificado en el artículo 239 el mero incumplimiento a una orden judicial con una pena privativa de libertad de quince días a un año, pero, poniendo en el mismo rango al incumplimiento, por ejemplo, de trabar un embargo sobre el sueldo de una persona, al incumplimiento de una medida restrictiva respecto de garantizar a las víctimas de violencia de género o violencia familiar. Entonces, desde esa perspectiva, hoy violentar esas órdenes judiciales, prácticamente, no tienen reproche en el campo del derecho penal.

Por eso es que esta iniciativa, que presentamos desde el bloque de la Democracia Cristiana y que se suma y se trata en conjunto con la presentación del bloque de Juntos por el Cambio, tiene esta intención de proponer herramientas, de exponer la gran preocupación que tenemos desde esta Cámara a que las herramientas con las que cuente el Estado, pero, fundamentalmente, las herramientas que repercutan en beneficio de las víctimas sean abordadas en forma integral, pero en la parte que nos corresponde, a los Congresos nacional y provincial, también sea abordada. Y por eso es que las otras presentaciones que hicimos desde el bloque en función de otorgarles herramientas a los Poderes del Estado para abordar esta problemática y que esas herramientas, que cada una de ellas son parciales, pero que forman un conjunto, sean abordadas en lo que hemos exteriorizado en sesiones anteriores a propuesta de las autoridades de esta Cámara de conformar a la brevedad posible una comisión, tal vez, o un acuerdo de todos los Poderes del Estado para abordar de forma integral esta problemática.

Por eso es que pido al resto de los diputados que aprobemos este despacho de comisión.

Muchas gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Ludmila Gaitán.

Sra. GAITÁN. —Gracias, presidente.

Como bien exponían los diputados miembros informantes, se trabajaron en el marco de la Comisión A los proyectos presentados por Juntos por el Cambio y por Democracia Cristiana en un despacho unificado que fue votado por unanimidad y que incluyó de manera adicional aportes que veníamos trabajando desde nuestro bloque.

Así, desde nuestra óptica, nosotros observamos la importancia de la sanción penal del sujeto infractor de las medidas cautelares en casos específicos de violencia de género y de violencia familiar, pero también en la responsabilidad penal del funcionario o la funcionaria pública que no desarrolla su labor de manera diligente, impactando directamente en la puesta en peligro o en el daño concreto de las personas víctimas de violencia de género y de sus familias.

Por eso, nuestra propuesta —y esto que está incluido en el artículo 3.º— busca que se creen agravantes específicos para el delito de incumplimiento de los deberes de funcionarios públicos, contemplando que, para los casos que con motivo o en ocasión de ese incumplimiento se ponga en peligro a una persona víctima de violencia de género o a su familia o que resultare violentada la vida, la integridad sicológica o sexual de la persona víctima de violencia de género y su grupo familiar, se aplique una pena superior.

En ese sentido, si bien es cierto que en los últimos tiempos se han creado estructuras, dispositivos, herramientas legales para prevenir e intervenir y sancionar los actos de violencia, sabemos que todavía existe mucho por hacer en materia de género, particularmente, cuando

hablamos de violencia contra las mujeres, destacando claramente que, dentro de los compromisos que le caben al Estado, existen funcionarios y funcionarias responsables que no cumplen —como decía— de manera diligente con su labor, esto ya sea por omisión o por negligencia.

El Código Penal sanciona al funcionario o a la funcionaria pública que no cumple con la Constitución y las leyes, como también al que omite o rehúse hacer o retarde algún acto de sus funciones. Sabemos claramente que el impacto de una omisión o negligencia para un juez de ejecución de cheques o pagarés no es lo mismo que para el que no dicta o retrasa una medida cautelar en una situación de riesgo, y más cuando esa situación conlleva un daño, un peligro para la vida de la persona. De esta manera, nosotros reafirmamos que existe un plus de lesividad cuando el incumplimiento de los deberes de funcionario público impacta directamente en la vida de la persona víctima de violencia por razones de género, y así entendemos que debe ser receptado por el Código Penal y por eso acompañamos las iniciativas de los diputados de los dos bloques e incorporamos estos aportes e instamos votar la presente comunicación.

Gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputada.

Tiene la palabra el diputado Mariano Mansilla.

Sr. MANSILLA GARODNIK. —Gracias, señor presidente.

También, manifestar el apoyo a la propuesta, con las salvedades que hicieron los diputados preopinantes con respecto a que hace falta una reforma integral, un cúmulo de medidas que creo que, en buena hora, esta Legislatura está encaminándose, y que podamos unificar los distintos proyectos. Pero esta es una escalera que se puede subir de escalón a escalón, así que las propuestas que son positivas las tenemos que apoyar.

Esto se relaciona mucho con este gran hueco que tenemos entre los juzgados de familia y la justicia penal porque hace rato se discutió sobre los juzgados de familia y se relacionaba con el tema de la violencia de género, y no están estrictamente relacionados. Los juzgados de familia son juzgados de protección de la niñez donde aplica la 2302, donde se da el régimen de visita, los alimentos y muy tangencialmente tienen que ver, específicamente, con la violencia porque el juez de familia dicta algunas medidas de restricción de acceso, pero está pensado para una diferencia de un matrimonio que se ha disuelto, una pareja que se ha peleado, entonces, la restricción de algunos metros o de los lugares de trabajo. Pero la cuestión delictual, los femicidios, las golpizas, las amenazas, eso tiene que pasar rápidamente a la justicia penal.

En este caso, como se propone un apoyo a una reforma nacional, en Neuquén hubiera sido muy positiva porque el asesino de Las Ovejas y el de Villa la Angostura tenían medidas de restricción dictados por los Juzgados de Familia que incumplían. En el caso de Las Ovejas, la había incumplido como seis, siete veces. Si esto hubiera sido ya un delito penal específico, es posible que el juez de familia se hubiera visto obligado a remitir a la fiscalía penal ante el primer incumplimiento de Muñoz, y, quizá, no hubiera ocurrido el femicidio. Por eso es, en este caso, el apoyo concreto a esto. Si esto hubiera estado en vigencia, los jueces de familia es posible que tendrían que evaluar esta legislación o, en general, debería aplicarse con más rapidez. Esto lo digo porque nosotros podemos hacer cosas en Neuquén, que es modificar el Código Procesal, que es este tránsito entre el juzgado de familia y el penal, y obligar. ¿Porque hoy qué ocurre? El juez de familia tiene la facultad, ante el incumplimiento de una orden de restricción, de enviarlo a la Fiscalía, pero puede no hacerlo, que es lo que ha ocurrido tanto en Villa la Angostura como en Las Ovejas. Nosotros, sí, podemos modificar las leyes procesales que, ante el mero incumplimiento de una orden de restricción, el juez está obligado a enviar a la Fiscalía de turno penal porque esa es la que va a evitar el femicidio o va a evitar el daño. Tiene las herramientas, tiene la Policía y tiene la cabeza de los fiscales, la preparación para evitar el delito. Hoy, esa nebulosa no es todo el problema, pero es lo que a nosotros nos compete de poder resolver.

Creo que en este trabajo que se estaba proponiendo desde la Presidencia de la Legislatura de unificar todos los proyectos puede ser muy importante, pero manifiesto mi apoyo a este proyecto porque, si esto hubiera estado aprobado en nación, posiblemente, los femicidios de Las Ovejas y de Villa la Angostura no hubieran ocurrido.

Muchas gracias, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra el diputado Carlos Coggiola.

Sr. COGGIOLA. —Dos cuestiones muy puntuales.

La primera es que hice referencia al momento de hablar como miembro informante de los dos proyectos específicos que están en debate en el despacho de comisión, pero omití —y no deliberadamente, sino, obviamente, por la formalidad de los dos despachos— mencionar la muy productiva colaboración de la diputada Gaitán, quien, en definitiva, también se tomó el trabajo, aparte del aporte del artículo que ella misma señalaba, de articular no solo su propuesta o la propuesta de su bloque con los otros dos proyectos y, finalmente, sancionar el despacho que hoy estamos abordando. Así que para señalarlo públicamente.

Y la segunda cuestión que detalla el diputado preopinante, estoy absolutamente de acuerdo, forma parte del proyecto de reforma de la Ley 27 085 que presenté hace dos semanas y que, específicamente, establece la obligatoriedad, ante el primer incumplimiento, de dar vista al fiscal penal de una medida de restricción, pero que, desgraciadamente, no tuvo preferencia de tratamiento en la Cámara. Pero a eso apunto con ese vacío del que hablaba el diputado preopinante; es haber propuesto, dentro de la batería de los cinco proyectos que presenté, uno de ellos es la modificación de la 27 085 en lo que respecta a esta obligatoriedad del juez de familia de dar inmediata intervención al fiscal penal.

Gracias, señor presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Muchas gracias, diputado.

Tiene la palabra la diputada Soledad Salaburu.

Sra. SALABURU. —Gracias, presidente.

Muy cortito, porque ya nos tenemos que ir.

Por supuesto, voy a votar positivo este proyecto, mis compañeros de bloque lo hemos discutido largamente. Teniendo en cuenta que mi posición en relación a las transformaciones profundas que hay que dar no son punitivas, voy a apoyar con algunas observaciones.

En relación a esto de otorgar herramientas a los diferentes Poderes del Estado, a mí me parece que dicho así es bastante liviano porque da la sensación de que ninguna de las personas que estuvo discutiendo esto acompañó alguna vez a hacer una denuncia a una persona por motivos de género, a una persona violentada por motivos de género. Los obstáculos son tantos, son tantos los obstáculos, desde el momento mismo de acompañar a esa persona para darse cuenta de que está viviendo violencia, y ahí es donde hay que empezar a escarbar en esta estructura de la que siempre hablo tan sólida, tan enquistada, tan naturalizada que se llama patriarcado, en primer lugar.

En segundo lugar, ir a una comisaría. Te tiene que tocar un policía o una policía que tenga perspectiva de género. Dicho sea de paso, en las escuelas de Policía han superado ampliamente las inscripciones de mujeres por sobre las de varones, no sé si vieron la noticia, más de un setenta por ciento son mujeres quienes se inscribieron como postulantes para la Escuela de Policía. Eso es interesante, y creo que es el puntapié inicial para empezar a transformar las fuerzas de seguridad que son las primeras receptoras de las denuncias por violencia de género.

Y, en segundo lugar, no voy a hacer el caminito, la verdad que el caminito de una denuncia y de todas las falencias, simplemente, para poner lo poco que estamos aportando en este momento con esta medida punitiva, de alguna manera. Creo que, particularmente, estoy esperando que desde Presidencia podamos, puedan aportar el proyecto para empezar a discutir las leyes que tenemos en la provincia para poder empezar a discutir los baches, los baches, por supuesto, la sociedad está demandando una respuesta urgente.

Gracias, presidente.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Gracias, diputada.

Está a consideración el tratamiento en general de este proyecto.

La votación es afirmativa.

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Aprobado.

Pasamos a considerarlo en particular.

*La votación de los artículos 1.º, 2.º, 3.º y 4.º
es afirmativa.*

Sr. KOOPMANN IRIZAR (presidente). —Queda sancionada la Comunicación 159.

No habiendo más asuntos para tratar, se levanta la sesión.

Hasta mañana.

Muchas gracias [14:33 h].

A N E X O

Despachos de comisión

EXPTE.P-6/21

Cde. 1, 2, 3 y 4

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad, aconseja a la Honorable Cámara que realice —conforme el listado adjunto al presente Despacho— el sorteo para designar a los abogados que integrarán el Jurado de Enjuiciamiento.

Sala de Comisiones, 16 de marzo de 2021.

DU PLESSIS
Maria Laura

Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.16
12:26:06 -03'00'

CAPARROZ
Maximilian
o Jose

Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.16
11:45:42 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.16
13:05:32 -03'00'

GASS
Cesar
Anibal

Firmado digitalmente por GASS Cesar Anibal
Fecha: 2021.03.19
08:13:10 -03'00'

PERESSI
NI
Andrés
Arturo

Firmado digitalmente por PERESSINI Andrés Arturo
Fecha: 2021.03.16
14:25:40 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian

Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.16
13:25:43 -03'00'

PERALTA
A
Osvaldo
o Dario

Firmado digitalmente por PERALTA Osvaldo Dario
Fecha: 2021.03.17
17:23:33 -03'00'

COGGIOLA
Carlos
Alberto

Firmado digitalmente por COGGIOLA Carlos Alberto
Fecha: 2021.03.18
13:01:54 -03'00'

MONTECINOS
VINES Karina
Andrea

Firmado digitalmente por MONTECINOS VINES Karina Andrea
Fecha: 2021.03.19
12:06:07 -03'00'

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1 ACIN, Natalia Carina
- 2 ACOSTA ARÉVALO, Florencia Aluminé
- 3 ACOSTA, Ramón Alfredo
- 4 ACUÑA AVALOS, Juan Ignacio
- 5 ACUÑA AVALOS, María Eugenia
- 6 ACUÑA FALCON, María Belén
- 7 ACUÑA, Mónica Beatriz
- 8 ADAGLIO, Carlos Javier
- 9 ADEM, Edgardo
- 10 AGABIOS, Pablo Tomás
- 11 AGOSTINO, Néstor Ricardo
- 12 AGUILERA CUEVAS, Carla N.
- 13 AGUIRRE VILLAGRA, Alfredo
- 14 AHMED, Yamila Graciela
- 15 AICHINO, Emilio
- 16 AIELLO, Vicente Rodolfo
- 17 ALARCON, Sabrina Lorena
- 18 ALBISU, Mónica Liliana
- 19 ALBORNOZ, Angel Gastón
- 20 ALDEA, Soledad Rita
- 21 ALFARO, César Alejandro
- 22 ALFONSO, María Belén
- 23 ALI, Fabiana Ema
- 24 ALIBERTI, Raúl Eduardo
- 25 ALLEVATO, Ana Laura
- 26 ALLIGNANI, Edgardo G.

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 27 ALLIGNANI, María
- 28 ALMENDRA, Adriana Alejandra
- 29 ALONSO, Soledad
- 30 ALTAMIRANO, Hugo Omar
- 31 ALVAREZ SERAIN, Julio
- 32 ALVAREZ, Guillermo Enrique
- 33 ALVAREZ, Julián Alejandro
- 34 AMELIO ORTIZ, Enrique
- 35 AMOROS, Sabina Jael
- 36 AMOROSO, María Victoria
- 37 ANDINO, María Cristina
- 38 ANDIÑACH MONTOYA, Silvina Gisela
- 39 ANDION, Jorge Eduardo
- 40 ANDRIJASEVIC, Ramiro Fabián
- 41 ANGIORAMA, Carolina
- 42 ANGIORAMA, Juan Horacio
- 43 ANTONOWICZ, Martín Javier
- 44 APARICIO, Alberto Ricardo
- 45 APOLLONIO, Juan Manuel
- 46 ARAGÜES AGUIRRE, Gabriela Maria del Pilar
- 47 ARANDO, Francisco José
- 48 ARANZAZU, Natalia Soledad
- 49 ARAYA, Lucas Pablo
- 50 ARCAS, Valeria Natasha
- 51 ARCE LOPEZ, Néstor Mario
- 52 ARCE, Pedro José

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 53 ARENAS, Rodrigo Gabriel Emilio
- 54 ARGARAÑAZ, María Valeria
- 55 ARGARAÑAZ, Valeria Soledad
- 56 ARGUELLES, Leticia
- 57 ARIAS, Carlos Martín
- 58 ARIAS, Diego Julio
- 59 ARJONA, Fernanda
- 60 ARMAS, Francisco Roberto
- 61 ARRATIA ORTIZ, Grecia
- 62 ARRIAGA, Juan Enrique
- 63 ARRIAGADA, María José
- 64 ARRIAGADA, Mauricio
- 65 ARROYO, Fabiana Laura
- 66 ASCASO, Pablo Rubén
- 67 ASSEF, Carlos Alberto
- 68 ASSEF, Joel Omar
- 69 AUN, Silvia Fernanda
- 70 AUZMENDI, Juan Pablo
- 71 AUZMENDI, María Fernanda
- 72 AVALOS INDA, Justina María
- 73 AVALOS, Mario Alfredo
- 74 AVILA CORONADO, Laura Roxana
- 75 AVILA, Laura Pilar
- 76 AVILA, Lorena Elizabeth del Valle
- 77 AZPARREN, Felix Luis
- 78 AZZEM, Gustavo Rodolfo

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 79 BADANO, Eduardo José
- 80 BAEZA, Ignacio Javier
- 81 BAGES, Marcelo Miguel
- 82 BAGGIO, Silvio Leandro
- 83 BAJO, Mónica Patricia
- 84 BALBI, Julio Dante
- 85 BALBI, Víctor Hugo Nicolás
- 86 BALBOA NARAMBUENA, Susana Noemí
- 87 BALBOA, Mafalda Ramona
- 88 BALBOA, Martín Leoncio de Reyes
- 89 BALBUENA, Yamila María Noel
- 90 BALDASSARRI, Yolanda
- 91 BALSAMO, Carlos Matías
- 92 BANER, Laura Andrea
- 93 BARAHONA, Ana María
- 94 BARAINCA, Noelia Fabiana
- 95 BARBOSA, Cipriano Lucio
- 96 BARCO SALIN, Melisa Noelia
- 97 BARONA GONZALEZ, Augusto
- 98 BARRAZA, Sheila
- 99 BARRIGA, María Alejandra
- 100 BARRIONUEVO, Jose María
- 101 BARROSO, David Humberto
- 102 BARTOLOMÉ, Enrique
- 103 BASAUL GARCIA, Natalia Lorena
- 104 BASCIALLA, Graciela Celia

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 105 BASCUR, Carlos Fabián
- 106 BASSANO, Juan Pablo
- 107 BATURA, Sonia
- 108 BAUCH, Natalia Soledad
- 109 BEDMAR, Gustavo Nicolás
- 110 BEJARANO, Carlos Horacio
- 111 BELLI, Agustín
- 112 BELOFF, Patricia Beatriz
- 113 BELTRAME, Nicolás Rodrigo
- 114 BENEDICTO FERNANDEZ, Luis Augusto
- 115 BENENTE, Gloria Ilda
- 116 BENITEZ, María Luciana
- 117 BERENGUER, Roberto Darío
- 118 BERHAU, Alfredo Daniel
- 119 BERMÚDEZ LEYBA, Daniela Liliana
- 120 BERMÚDEZ, José Luis
- 121 BERMUDEZ, Liliana Noemí
- 122 BERMUDEZ, Sergio David
- 123 BERNACHEA, Claudia
- 124 BERNARDO, Lucia
- 125 BERTERO, Edgard Mario
- 126 BERTIN, Jorge René
- 127 BERTORELLO, Guillermo Fabián
- 128 BESOKY, Boris Nicolas
- 129 BESSO, Natalia Nadina
- 130 BIGA, Juan Ignacio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 131 BLANCO, Miguel Sandro
- 132 BLANCO, Romina Gisela
- 133 BLASCO, Pablo Gabriel
- 134 BLEYER, Gustavo Ariel
- 135 BODART, Justo David
- 136 BOGGIANO, María Inés
- 137 BOLAN REINA, Alejo Rodrigo
- 138 BOLLO, Lidia Irene
- 139 BOMPARD, Carla Agustina
- 140 BONETTI, Bruno
- 141 BONGIOANNI, Natalia Fiorela
- 142 BORETSKY, Yanina Tania
- 143 BOROVICK, Sergio Fabián
- 144 BORRAS, Laura Mercedes
- 145 BORRINI, Silvana Romina
- 146 BORTOLATTO, María Emilia
- 147 BORTOLATTO, Rubén Walter
- 148 BOSCO, Ivan Jesús
- 149 BOTELLA, Elisa Laura
- 150 BRACERAS, Claudia María del Valle
- 151 BRASCA, Gustavo Fabián
- 152 BRASILI, Martín Enrique
- 153 BRAVO, Roberto Mario Gabriel
- 154 BRICEÑO, Paolo Eduardo
- 155 BRIGES DOYHENARD, Horacio Andres
- 156 BRILLO, Jorge Omar

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 157 BRILLO, Marcelo Javier
- 158 BRILLO, Mariano Andrés
- 159 BRIONGOS, Marina Edith
- 160 BRITO DEL PINO, Ailin
- 161 BRIZUELA, César Mariano
- 162 BROLLO, Daniela Geraldin
- 163 BROLLO, Sebastián Federico
- 164 BRUNO PORTANKO, Lucía Natalia
- 165 BRUSCO, Claudio Alejandro
- 166 BRUZZECHESE, Martín
- 167 BURGNIK, Adolfo Hugo
- 168 BUSARELLO, Cristina Anahí
- 169 BUSQUETA, Julia
- 170 BUSQUETA, Omar Adolfo
- 171 BUSSI, Antonio Franco
- 172 BUSTAMANTE, Alejandro de la Cruz
- 173 BUSTAMANTE, Norma Mabel
- 174 BUSTOS, Carlos Omar
- 175 CABALLERO, Edit Ana
- 176 CABALLERO, Mariano
- 177 CABANNE, Claudia Adriana
- 178 CABELLO, Romina Cecilia
- 179 CABEZAS, Jorge Carlos
- 180 CABRERA, Jorge Roberto
- 181 CACCHIARELLI, Zaida
- 182 CACERES, Gonzalo Alberto

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 183 CACERES, Heriberto Guzman
- 184 CACI, Rubén Horacio
- 185 CADAMURO, Silvia
- 186 CAFFA, Sergio Sebastián
- 187 CAFFARATTO, Fernando Edgard
- 188 CAFFER, Solange Gisell
- 189 CAGGIANO, Román Rosario
- 190 CAGGIANO, Sandra Claudia
- 191 CAIRE, Carina Carla
- 192 CALA, Sebastian José
- 193 CALABRESE, Gabriel Eugenio Alberto
- 194 CALUVA, Verónica Andrea
- 195 CALVO, Fernando Néstor
- 196 CALVO, Santiago
- 197 CAMARGO, Jorge Antonio
- 198 CAMINOS, Carlos Raúl
- 199 CAMPAGNA, Marcelo Luis
- 200 CAMPENNI, Tomás
- 201 CAMPETELLA, Silvia Viviana
- 202 CAMPO, Andrea Romina
- 203 CAMPORESI, Romina Marta
- 204 CAMPOS GUTIERREZ, Nicolás Alejandro
- 205 CAMPOS, José Walter
- 206 CAMPOT, Delia Esther
- 207 CANALE, Lorena Alejandra
- 208 CANDELERO, Alicia M.

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 209 CANEO, Silvana Estela
- 210 CANNESTRACI, Silvio Osvaldo
- 211 CANO, Mariana Cecilia
- 212 CANUTO, Damián Roberto
- 213 CAPARROS, Sergio Oscar
- 214 CAPPONI, Leandro Augusto
- 215 CARABAJAL MARISCAL, Lolita Caren
- 216 CARDELLINO, Javier
- 217 CARDETTI, Adrián Rubén
- 218 CARDONE, Graciela Nelly
- 219 CARDOSO ZELADA, Cintia
- 220 CARMELE, María Inés
- 221 CARMIGLIO CLEMENTIS, Agostina Y.
- 222 CARNEVALE, Germán Pablo
- 223 CARRANZA, Jessica Paola
- 224 CARRANZA, Walter
- 225 CARRASCOSA, Emilce María
- 226 CARREÑO LEGIZA, Gisella M.
- 227 CARRETTA, Rubén Hernán
- 228 CARRIZO, Rodrigo A.
- 229 CARRO RAGUSI, Esteban Andino
- 230 CASAL, Nadia Carolina de Lourdes
- 231 CASANOVA BENAVIDEZ, Analía Haydee
- 232 CASARES MAZARS, Paola Cecilia
- 233 CASAS, Rubén Alejandro
- 234 CASTAÑARES, Verónica María de las

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 235 CASTAÑEDA, Saul Alejandro
- 236 CASTERA PARINO, Nadia Carolina
- 237 CASTIGLIONI, Carla
- 238 CASTILLO MANDON, Ana Cristina
- 239 CASTRO VELIZ, Máximo Francisco
- 240 CASTRO, Manuel Hugo
- 241 CASTRO, Ricardo
- 242 CASTRO, Tania Liseth
- 243 CASULLO, María Yanina
- 244 CATALDO, María Fernanda
- 245 CATALINI, Miguel Ángel
- 246 CATANIESE, Karina Evangelina
- 247 CAUNEDO, Alberto Luis
- 248 CAVA, María de los Ángeles
- 249 CAVAZZA, Hércules Luis
- 250 CEA, Vanesa Elisabeth
- 251 CEBALLOS, Lorena Vanesa
- 252 CEBALLOS, Nidia Marcela
- 253 CECCHINATO, Victoria
- 254 CEDOLA, Pablo Leonardo
- 255 CEJAS, Carlos Rodolfo
- 256 CELENTANO, Francisco José
- 257 CENTENO, Jorge Fernando
- 258 CERDA, María Laura
- 259 CERDAS, Elizabeth
- 260 CERVERA, Carla Andrea

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 261 CERVERA, Claudio Gustavo Alfredo
- 262 CHACHO RODRIGUEZ, Maximiliano
- 263 CHAVES, Lorena Mirna
- 264 CHIALVA, Micaela Lucia
- 265 CHIARAVALLI, Mercedes
- 266 CHOQUET, Carla Daniela
- 267 CIALCETA, Juan Carlos
- 268 CID, Ana Celia
- 269 CIRIA, Roberto Antonio
- 270 CISNEROS, Hugo Orlando
- 271 CLAROTTI, María Celeste
- 272 CLEMENTE, Alejandra Cecilia
- 273 CLOSS, Federico Augusto
- 274 COLETTI, Diana María
- 275 COLIPI, Silvana Soledad
- 276 COLOMBINO, María Laura
- 277 CONCA, María Fernanda
- 278 CONSOLI, Leonardo Nicolás
- 279 CONTRERA, Gabriel Alejandro
- 280 CONTRERAS, Carolina Beatríz
- 281 CONTRERAS, Haydee Fabiana
- 282 COQUET, Fernando Julián
- 283 CORBALAN, Stella Maris
- 284 CORIA, César Augusto
- 285 CORIA, Eduardo Elías
- 286 CORMAK, Eduardo Tomás

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 287 CORMAK, Mariana
- 288 CORREA SKIBA, Guillermo
- 289 CORREA, Laura Alejandra
- 290 CORTES, Sabrina Maricel
- 291 CORTEZ, Patricia Mónica
- 292 CORVALAN, Leila
- 293 CORVALAN, Marcelo
- 294 COSTA, Guillermo Julio
- 295 COSTA, Oscar Camilo
- 296 COTO, Juan Manuel
- 297 CRENDE, Juan Pablo
- 298 CRESCIMONE, Marcos Gonzalo
- 299 CRESPO, José Luis Ceferino
- 300 CRESPO, Norma Estela
- 301 CRESPO, Ramiro
- 302 CRESSATTI, Rocío Daniela
- 303 CRUZ MARTINEZ, Rosalba
- 304 CUCHINELLI, Esteban Fernando
- 305 CUCHINELLI, Rafael Ángel
- 306 CUCULICH, Clarisa Griselda
- 307 CUESTAS, Liliana
- 308 CUEVAS SEBASTIANO, Ángela
- 309 CUEVAS SEBASTIANO, Pedro A.
- 310 CUEVAS, Sebastian
- 311 CUMINI, Luis Alberto
- 312 CUMINI, Sebastián Romeo

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 313 CURY, Alfredo Andrés
- 314 D'OLIVEIRA, Casandra Alina
- 315 D'ANGELO, Guillermo Manuel
- 316 D'ELIA, José Alberto
- 317 DA COSTA SILVA, Fernando Luis
- 318 DABUS, Analía Andrea
- 319 DACAL, Juan Manuel
- 320 DAL DOSSO, Lorena Jessica
- 321 DALLA VILLA, Alberto Raúl
- 322 DAMIA, Lizet Ivone
- 323 DAROCA, Juan Ignacio
- 324 DASSANO, José Oscar
- 325 DAVIL, María Nazarena
- 326 DAVILA, José Luis
- 327 DE CARO, María Cristina
- 328 DE CASO, Carlos Oscar
- 329 DE CASO, Paula
- 330 DE LA FUENTE, Rodolfo Nicolás
- 331 DE LA FUENTE, Santiago
- 332 DE LOS SANTOS, María Belén
- 333 DEFILPO, José Ernesto
- 334 DEL PIN, Hugo Daniel
- 335 DEL PIN, Rafael Orlando
- 336 DEL REY, Alejandro Augusto
- 337 DEL RIO, Eduardo Alfredo
- 338 DEL RIO, Maria Victoria

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 339 DELALOYE, Mario Alberto
- 340 DELLA MADDALENA, Silvana Vanesa
- 341 DELLA VALENTINA, Franco Agustín
- 342 DELLA VALENTINA, Sergio
- 343 DELPOZZI, Oscar Alberto
- 344 DENOVI, Miguel Lisandro
- 345 DETARSIO, Liliana Silvia
- 346 DI BARTOLO, Mariano Daniel
- 347 DI LORENZO, Ariel Alejandro
- 348 DI LORENZO, Néstor Daniel
- 349 DI LORENZO, Pablo Daniel
- 350 DI MAGGIO, Gustavo Javier
- 351 DIAZ ERBETTA, María Celeste
- 352 DIAZ MANSILLA, María Luján
- 353 DIAZ VILLAR, José María
- 354 DIAZ, Ángel Flavio
- 355 DIAZ, Beatriz Elisa Alejandra
- 356 DIAZ, Betiana Lorena
- 357 DIAZ, Guillermo Alejandro
- 358 DIAZ, Marina Fernanda
- 359 DIAZ, Mario Jordan
- 360 DIAZ, Natalia Cecilia
- 361 DIAZ, Silvia Elizabeth
- 362 DICLEMENTE, Pablo Tomás
- 363 DIETRICH, Ellien Silvana
- 364 DIETZ, Cecilia Andrea

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 365 DIEZ, Alejandro
- 366 DIEZ, María Soledad
- 367 DIEZ, Walter Javier
- 368 DIP, Roberto Antonio
- 369 DOMENE CURSARO, Daniel Marcelo
- 370 DOMINGUEZ ESTEVES, Fernando Enrique
- 371 DOMINGUEZ LORENZO, Eduardo Miguel
- 372 DOMINGUEZ, César Javier
- 373 DOMINICI, Gabriela
- 374 DOMPER, María Ailín
- 375 DOS SANTOS ALMEIDA, Natalia
- 376 DOVIS IRUSTA, Mariano Ignacio
- 377 DUARTE, Jorge Germán
- 378 DUARTE, Pedro Laurentino
- 379 DUARTE, Pedro Máximo Hernán
- 380 DUHART, Liliana Carina
- 381 DUPUY ACOSTA, Matias
- 382 DURAN CAMPEANO, Débora Soledad
- 383 DURQUET, Javier Marcelo
- 384 ECHAVARRIA BESORA, Mauro Esteban
- 385 ECHENIQUE, Verónica Alejandra
- 386 ECHEVARRIA, Alejandro Marcelo Javier
- 387 ECHEVERRIA, Fernando Daniel
- 388 EGEA, Federico Mariano
- 389 EGIDI VEGA, Juan Manuel
- 390 EGIDI VEGA, Mariano Leandro Samuel

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 391 ELIZONDO, Hernán Javier
- 392 ELIZONDO, Ricardo Alberto
- 393 ELORZA, Santiago
- 394 ELUSTONDO, Martín Pío
- 395 ENEI, Natalia Carla
- 396 ESANDI, Eduardo Enrique
- 397 ESCOBAR ORDENES, Catia Eugenia
- 398 ESCOBAR, Andrea Liliana
- 399 ESPINOSA, Sandra Anahí
- 400 ESPÍÑEIRA, Marilina
- 401 ESTEVES, Marina
- 402 ESTEVEZ, Silvia María
- 403 ESTRADA, Marcelo Gustavo
- 404 ESTRELLA, Betsabé Omayra
- 405 ETCHEPARE, María Cielo
- 406 EULOGIO, Elvio José Gastón
- 407 FABANI, Javiela Liliana
- 408 FACAL, Ana Lía
- 409 FACAL, Hugo Edgardo
- 410 FACCI, Gino Alberto
- 411 FALLETI, Nicolás Atilio
- 412 FANESSI, Cecilia Natalia
- 413 FANTI DE SANCHEZ, Graciela
- 414 FARIZANO, Fausto César
- 415 FAUNDEZ, Vanina Maribel
- 416 FAURE, Héctor Hernán

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 417 FAZZOLARI, Carlos
- 418 FERNANDEZ BORASI, Rodrigo
- 419 FERNANDEZ MENTA, Jorge
- 420 FERNÁNDEZ MENTA, Luciano
- 421 FERNANDEZ MENTA, Santiago
- 422 FERNANDEZ MORAL, Gabriela del V.
- 423 FERNANDEZ Y VALDIVIELSO, Enrique
- 424 FERNANDEZ, Analí Elizabeth
- 425 FERNÁNDEZ, Ariel Omar
- 426 FERNANDEZ, Carlos Alberto
- 427 FERNANDEZ, Hugo Jorge
- 428 FERNÁNDEZ, Jorge Alberto
- 429 FERNANDEZ, José Humberto
- 430 FERNÁNDEZ, Juan Carlos
- 431 FERNANDEZ, María Celina
- 432 FERNANDEZ, Marina Antonela
- 433 FERNANDEZ, Matías Eduardo
- 434 FERNANDEZ, Patricia Andrea
- 435 FERNANDEZ, Sebastián
- 436 FERNANDEZ, Silvina Valeria
- 437 FERRARESSO, Camila María
- 438 FERRARI, Mario César
- 439 FERREYRA, Osvaldo Raúl
- 440 FERREYRA, Sandra Adriana
- 441 FERRI, Ángela Natalia
- 442 FIGUEROA, Néstor Luis

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 443 FIGUEROA, Wilma Edit
- 444 FIORAVANTI, Gustavo Carlos
- 445 FITTIPALDI, Juan Ricardo
- 446 FLORES, Alicia Magdalena
- 447 FLORES, Fabián Alexis
- 448 FLORES, Miryam del Carmen
- 449 FODARO, Francisco Javier
- 450 FODARO, José Maximiliano
- 451 FOIA, Pablo
- 452 FONTANA, Norberto Oscar
- 453 FORMICA, María Victoria
- 454 FORMIGO, Juan Carlos
- 455 FORQUERA LEON, Gabriela Edith
- 456 FOURCADE, Eduardo Alberto
- 457 FRANCISCO, Rodrigo Javier
- 458 FRECHILLA, Raúl Alberto
- 459 FREIDENBERGER, Graciela María
- 460 FREIXAS, Carlos Augusto
- 461 FREIXAS, Pedro Santiago
- 462 FRIGERIO, Nicolás Fernando
- 463 FROSINI, Ángel Cayetano
- 464 FRUTOS, Adriana Esther
- 465 FUENTES, Marcelo Jorge
- 466 FUENTES, Rubén Oscar
- 467 FUERTES, Fabián Hugo
- 468 FUHR, Cecilia Marisa

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 469 FUNES ARRIAGADA, Tamara Julieta
- 470 FUNES GAZARI, Emilio Ernesto
- 471 FUNES GAZARI, Julián Ernesto
- 472 FUNES, Lisandro Andrés
- 473 FUNES, Lucio Nicolás
- 474 FUNES, Orlando Lucio (H)
- 475 FUNES, Orlando Lucio (P)
- 476 FUREY, Ana Clara
- 477 FUSCO, Fernando Sebastián
- 478 GAITAN, Facundo Hernán
- 479 GALAR PULLEY, Miriam Raquel
- 480 GALLARDO, Diego
- 481 GALLINAR BONDIONI, José Luis
- 482 GALVAN, Christian Marcelo
- 483 GALVAN, José Roberto
- 484 GAMBAZZA, Mariano
- 485 GANCEDO, Guillermo Antonio
- 486 GANDARA REVUELTO, Carolina Suyay
- 487 GANEM, Elías José
- 488 GARAYO, Alicia Beatriz
- 489 GARCES, José Miguel
- 490 GARCÍA CEVALLOS, Rubén Bautista
- 491 GARCIA CRESPO, María José
- 492 GARCÍA FERRARI, María Francisca L.
- 493 GARCIA GARAYGORTA, Silvia Alejandra
- 494 GARCIA GIRADO, Guillermo Miguel

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 495 GARCIA MARRO, Exequiel
- 496 GARCÍA MARRO, Ramiro
- 497 GARCÍA MAYORGA, Julieta Belén
- 498 GARCIA MIRALLES, Horacio
- 499 GARCIA OSELLA, Jorge Luis
- 500 GARCIA, Daniel
- 501 GARCIA, Diego
- 502 GARCÍA, Elio Exequiel
- 503 GARCIA, Esmir Fabián
- 504 GARCIA, Guillermo Exequiel
- 505 GARCIA, Leonardo Eduardo
- 506 GARCÍA, Luis Alberto
- 507 GARCIA, María Alicia
- 508 GARCÍA, Pamela
- 509 GARCIA, Roberto Ariel
- 510 GARRIDO DOBROTINICH, Vicente Roberto
- 511 GASTAMINZA, Manuel
- 512 GERARDIN, María Eugenia
- 513 GHIGLIONI, Hernán Santiago
- 514 GHISOLFI, Samanta Carolina
- 515 GIGENA RISSO, Federico
- 516 GIUFFRE, Gastón José
- 517 GIULIETTI, Santiago Roberto
- 518 GIUNTI, María Alejandra
- 519 GODOY, Gabriela Patricia
- 520 GOMEL SEEL, Valeria Patricia

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 521 GOMES GONCALVES, Marina Alejandra
- 522 GOMEZ, Fabián Darío
- 523 GOMEZ, Luisa Elisa
- 524 GOMEZ, María Julia
- 525 GOMEZ, Mariana Edith
- 526 GOMEZ, Silvia Susana
- 527 GOMIZ, María Micaela
- 528 GONCALVES, Jorge Andrés
- 529 GONCALVES, Sergio Fabián
- 530 GONZALEZ RAMIREZ, Gustavo G.
- 531 GONZALEZ SAD, Antonio
- 532 GONZALEZ, Eduardo Lino
- 533 GONZALEZ, Fernanda
- 534 GONZALEZ, Jorgelina Gladys
- 535 GONZALEZ, Juan Carlos
- 536 GONZALEZ, Juan Manuel
- 537 GONZALEZ, Lino
- 538 GONZALEZ, Lorena Asunción
- 539 GONZALEZ, Luciana Carolina
- 540 GONZALEZ, María Celica
- 541 GONZALEZ, Mariana Andrea
- 542 GONZALEZ, Maximiliano Rodrigo
- 543 GONZALEZ, Miguel Alejandro
- 544 GONZALEZ, Virginia Raquel
- 545 GONZALEZ, Ximena Soledad
- 546 GOÑI, Juan Cruz

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 547 GORDILLO, Silvana Mercedes
- 548 GOROSTIZA, Ignacio
- 549 GRANDI, Rosanna
- 550 GRANERO, Fabricio Rubén
- 551 GRIFFERO, Andrés Osvaldo
- 552 GRIGOLATO, Alejandra Elisabet
- 553 GRILL, Magdalena
- 554 GROSBAUM, Roxana Andrea
- 555 GUAGLIARDO, Emmanuel
- 556 GUASCO, Sebastián Eduardo
- 557 GUAYQUIL, Blanca de los A.
- 558 GUDIÑO, Margarita Aixa
- 559 GUERENDIAIN, Laureano
- 560 GUERRA, Carlos Martín
- 561 GUIÑAZU ALANIZ, Cecilia Ximena
- 562 GUIÑAZU, Yesica Carelina
- 563 GUTIERREZ COLANTUONO, Pablo Ángel
- 564 GUTIERREZ JULIANI, Andrés Marcelo
- 565 GUTIERREZ OTHAZ, Juan Matías
- 566 GUTIERREZ, Emilce Adriana
- 567 GUTIERREZ, Gustavo Ariel
- 568 GUTIERREZ, Hugo Daniel
- 569 GUTIERREZ, Pablo Enrique
- 570 GUYON, Alejandro Adolfo
- 571 HADAD, Simón Julio César
- 572 HARITCHELHAR, Marina

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 573 HASPERUE, Mariano Nicolás
- 574 HAUCK, Federico Gustavo
- 575 HEAVEY, Agustina Inés
- 576 HELLRIEGEL SOTO, Germán Alfredo
- 577 HENDRICKSE, Cristina Montserrat
- 578 HENSEL, Guillermo Alejandro
- 579 HERJO, Marcela Karina
- 580 HERNAEZ GALARRAGA, Natalia Paola
- 581 HERNANDEZ, Hugo Armando
- 582 HERNÁNDEZ, Romina Victoria
- 583 HERNANDO, Carina Andrea
- 584 HERRERÍAS, María Laura
- 585 HERRERO, Cecilia Alejandra
- 586 HERRERO, Damián Augusto
- 587 HERTZRIKEN VELASCO, Marcelo Eduardo
- 588 HERZIG, Silvia Stella Maris
- 589 HORMAZABAL, Natalia Ester
- 590 HUAQUIL, Cintia Yanet
- 591 HUARTE, Dante Alberto
- 592 HUENTO, Eloy
- 593 HUMAR, Roberto Eduardo
- 594 IAMPOLSKY, Brenda Elizabeth
- 595 IANTOSCA, Marisa Edith
- 596 IBÁÑEZ, Selva Anahí
- 597 IBARRA, Julio Eduardo
- 598 IBARRA, Marcelo Alejandro

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 599 IGLESIAS, Laura Cristina
- 600 IMAZ, Joaquín Andrés
- 601 INAUDI, Juan Cristobal
- 602 INAUDI, María Guadalupe
- 603 INDA, Pablo Oscar
- 604 INOSTROZA, Hector Gustavo
- 605 IÑIGUEZ, Marcelo Daniel
- 606 IRIBARNE, Ignacio
- 607 IRIBARNE, Tristán
- 608 IRIGOYEN, Martín Miguel
- 609 ITALIA, Gabrilea
- 610 ITURBIDE, Eduardo Néstor
- 611 IVANOVICH, Cristian Hernán
- 612 IZUEL, Katerina
- 613 IZUEL, Roberto Bernardino
- 614 JACHUCK, Yamila Jael
- 615 JAFELLA, Raúl Eduardo
- 616 JAMUT BEZERRA, Jorge Oscar
- 617 JARA, Beatriz
- 618 JARA, Laura Gisela
- 619 JARA, Vanesa Esther
- 620 JARAMILLO, Julia Elcira
- 621 JAUREGUI, María Lucrecia
- 622 JAUREGUIBERRY, Carlos Norberto
- 623 JOFRÉ, Héctor Alejandro
- 624 JOFRE, José Luis

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 625 JOFRE, Lilian Natividad
- 626 JOSÉ, María Belen
- 627 JUAREZ, Adriana Yanina
- 628 JULIAN, Andrea Gabriela
- 629 JUNCA, Manuela
- 630 JURI, Analía Elisa
- 631 JUSTEL, Raúl
- 632 KADAMOTO, Javier José Alberto
- 633 KAIRUZ, Juan
- 634 KAMMAN, Alberto Raul
- 635 KEES, Milton Hernán
- 636 KENT, Crhistian
- 637 KESSERÜ, Gabor
- 638 KLIPPMÜELLER, María Lilen
- 639 KOHARIC, Pablo Antonio
- 640 KOHON, Gustavo Andrés
- 641 KOHON, Isabel Alicia
- 642 KOKIC, José Javier
- 643 KOKIC, José María
- 644 KOLFF, Marcos Alejandro
- 645 KOMBOL, Leonardo Gustavo
- 646 KOOPMANN IRIZAR, Diego Martín
- 647 KOSOVSKY, Darío
- 648 KRAUSS, Martín Eduardo
- 649 KREITER, Claudia Verónica
- 650 KREITMAN BADELL, Horacio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 651 KUVATOV, Nadia Gabriela
- 652 LAMBOGLIA, Oscar Alberto
- 653 LANDEIRO, Mario Valentín
- 654 LANDINI, Jorge Carlos
- 655 LANDINI, Santiago
- 656 LANDONI, María Agustina
- 657 LAPRIDA, Mariano Luis
- 658 LARRAVIDE, Jenny Adriana
- 659 LASERNA, Joaquín Maximiliano
- 660 LASTRA, Flavia Valeria
- 661 LAURIN, Néstor A.
- 662 LAURIN, Pedro Ángel
- 663 LEANZA, Víctor Eduardo
- 664 LEFIMAN, Alejandra Marisol
- 665 LEGUIZAMÓN, Sebastián Ignacio
- 666 LEIRO, Andrea Silvina
- 667 LEIVA, Juan Matías
- 668 LEMUS, Marta Ester
- 669 LEON, Juan Manuel
- 670 LEONART, Damián
- 671 LEPEZ BALBOA, Laura Mafalda
- 672 LEPORE, Francisco
- 673 LERNER, Carlos Eduardo
- 674 LESA BROWN, Fernando
- 675 LESA BROWN, Rodolfo Luis
- 676 LESCHEVICH, Mariana Verónica

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

677 LESZCZYNSKI, Conrado Augusto

678 LESZCZYNSKI, Leonardo Estanislao

679 LESZCZYNSKI, Ricardo Enrique

680 LI GAMBI, Agustín

681 LILLO, Bettina Nancy

682 LIPCSEY, Luciana Noelia

683 LIVELLO, Raquel Elena

684 LONGHI, Cecilia Laura

685 LONGO, María Alejandra

686 LOPEZ ALANIZ, Gustavo

687 LOPEZ ALANIZ, Marcelo

688 LOPEZ COTTI, Rodolfo

689 LOPEZ KOENIG, Leandro Gastón

690 LOPEZ OLIVERA, Silvana Laura

691 LOPEZ RAGGI, Maríana

692 LOPEZ, Andrea Alejandra

693 LOPEZ, Blanca Beatriz

694 LOPEZ, Cecilia Vanesa

695 LOPEZ, Juan Martín

696 LOPEZ, Luis Alberto

697 LOPEZ, María de Belén

698 LOPEZ, María Elisa

699 LOPEZ, María Victoria

700 LOPEZ, Noelia Luz

701 LOPEZ, Norberto Oscar

702 LOPEZ, Vanina Rocio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 703 LORANDI, Carlos Humberto
- 704 LORENZINI, Elida Noemí
- 705 LOZANO, Alejandro Manuel
- 706 LOZINA, Iván Diego
- 707 LUCERO, Edgar Gustavo
- 708 LUCERO, Víctor Manuel
- 709 LUDUEÑA, Gabriel Nicolás
- 710 LUNARDINI, Evangelina
- 711 LUNARDINI, Gabriela
- 712 LUPETRONE, Nicolás
- 713 LUPICA CRISTO, Natalia
- 714 LUQUI, Miriam Elizabeth
- 715 LUSONA, Lucia Paola
- 716 MACHADO, Daniel Enrique
- 717 MACHADO, Natalia Elizabet
- 718 MADEIRA, Leonardo Daniel
- 719 MAESTRE OLACIREGUI, Julio
- 720 MAISONNAVE, Alfredo Eduardo
- 721 MALABE, Claudia Liliana Soledad
- 722 MALDONADO, Rafael Andrés
- 723 MALUF, Edgardo Daher
- 724 MAMBRIN, María Alicia
- 725 MANCCINI, Blanca Analía
- 726 MANCHINI, Héctor Luis
- 727 MANCUSO, Juan Pablo
- 728 MANDES MARCHEL, Marcela

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 729 MANDON, Violeta Elida
- 730 MANSON, Adolfo Guillermo
- 731 MANSON, Adolfo Martín
- 732 MAÑUECO, María Eugenia
- 733 MARCHIOLLI, Eduardo Clemente
- 734 MARCO, Alejandro Daniel
- 735 MARCOVICH, Patricia Susana
- 736 MARIANO, Graciela Inés del
- 737 MARINO, Nancy Lilian
- 738 MARQUEZ, Nadia Judith
- 739 MARTIN AIMAR, Rocío Aylén
- 740 MARTIN Y HERRERA, José L.
- 741 MARTIN, Facundo Aníbal
- 742 MARTIN, Graciela Beatriz
- 743 MARTINASSO, Ana Carolina
- 744 MARTINEZ, Francisla de las Nieves
- 745 MARTINEZ, Guillermo Aron
- 746 MARTÍNEZ, Ignacio Anibal
- 747 MARTÍNEZ, Leandro Alberto
- 748 MARTINEZ, Liliana Guadalupe
- 749 MARTÍNEZ, Lucas
- 750 MARTÍNEZ, Nestor Fabian
- 751 MARTINEZ, Víctor Hugo
- 752 MARURI, Maximiliano Adrián
- 753 MASANTE, Carlos Fernando
- 754 MASET, Cristina Carina

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 755 MASSEI, Gerardo Daniel
- 756 MATAR, Sara Sandra Adelaida
- 757 MATHIEU, Enrique Normando
- 758 MATHIEU, Héctor Celso
- 759 MATO, Edgardo Ariel
- 760 MATTIOLI, Javier
- 761 MATZKIN, Lorena Judith
- 762 MAYORGA, Sergio
- 763 MAZIERES, María Valeria
- 764 MAZZUCCO, María Cristina
- 765 MEDELES, Laura Carolina
- 766 MEDRANO, Marcelo Gabriel
- 767 MEIER, Lorena Alejandra
- 768 MELA, Vaniria Leonor
- 769 MELKI, Cecilia Verónica
- 770 MELO, Claudia Noemí
- 771 MELO, Daniel Alejandro
- 772 MELO, Noraly Anabel
- 773 MENA, Gustavo Fabián
- 774 MENA, Jorge Ernesto
- 775 MENA, José Ricardo
- 776 MENDAÑA, Beatriz Amancay
- 777 MENDAÑA, Ricardo Jorge
- 778 MENDES, Juan Patricio
- 779 MENDES, Mariana
- 780 MENDEZ HUERGO, Patricio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 781 MENDEZ, Juan Federico
- 782 MENDEZ, Juan Pablo
- 783 MENDEZ, Karina Silvana
- 784 MENDEZ, Natalia Alejandra
- 785 MENDOS, Eduardo Luis
- 786 MENENDEZ, José Federico
- 787 MENESTRINA, Juan Manuel
- 788 MERCAPIDEZ, Guillermo César
- 789 MERIÑO, Cintia Soledad
- 790 MEROLLA, Marcela Susana
- 791 MESPLATERE, Claudia Natalia
- 792 MIGUEL, Carlos Alberto
- 793 MILLA, Claudio José
- 794 MIMICA, Gabriel Ángel
- 795 MINETTO, Hernán Daniel
- 796 MIRALLES, Juan Dino
- 797 MIRANDA, José Luis
- 798 MIRAS TRABALON, María Asunción
- 799 MOCCIOLA, María Victoria
- 800 MOGGIO, Hugo José
- 801 MOLINA, Nora Beatriz
- 802 MONTANIAS, Rubén Antonio
- 803 MONTENEGRO, Dora Alicia
- 804 MONTERO, Ana María
- 805 MONTERO, Jorgelina
- 806 MONTERO, Nicolás Mariano

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 807 MOONEY, Tomás Ricardo
- 808 MORA, Arturo Germán
- 809 MORA, Diego
- 810 MORA, Pierina Isabel
- 811 MORA, Santiago
- 812 MORA, Sonia Laura
- 813 MORALES DISCHEREIT, Fernando B.
- 814 MORALES, Carlos Héctor
- 815 MORALES, Maximiliano Luis
- 816 MORAN SASTURAIN, Santiago
- 817 MORAN SASTURAIN, Ulises Ricardo
- 818 MORATE, Fredy Fernando Martín
- 819 MOREIRA, Laura Gisella
- 820 MORENO OJEDA, Carla Anabel
- 821 MORENO, Rosalía Luisa
- 822 MORERO, María Luján
- 823 MORETTI, María Rosana
- 824 MOREYRA, Alberto Damián
- 825 MORICONI, Stella Maris
- 826 MORILLAS, Mónica Beatriz
- 827 MORODER, Enrique Darío
- 828 MOURE CARRASCO, Fernanda Daniela
- 829 MULLER, Anibal Teodoro
- 830 MUÑIZ, Claudio Lujan
- 831 MUÑOZ BALTAR, Mario Alberto
- 832 MUÑOZ BULACIO, Carlos Ignacio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 833 MUÑOZ DE TORO, Ana Laura
- 834 MUÑOZ, Alejandro Martin
- 835 MUÑOZ, Angélica Beatriz
- 836 MUÑOZ, Carlos Alberto
- 837 MUÑOZ, Daniel Ernesto
- 838 MUÑOZ, Elisa Anabel
- 839 MUÑOZ, Hipólito Jesús
- 840 MUÑOZ, Matías Osvaldo
- 841 NAIMO HASSANIE, Gabriela Veronica
- 842 NAJUL, María del Carmen
- 843 NAMUNCURA, Claudia
- 844 NARVAEZ BARRAZA, Fabián Marcelo
- 845 NAVARRETE, Gabriela Carina
- 846 NAVARRETE, Margarita
- 847 NAVARRO PIZZURNO, Santiago
- 848 NAVARRO, Roberto Mario
- 849 NAYAR, Juan Carlos
- 850 NEIRA, María Alejandra
- 851 NEME ZARZUR, María Virginia
- 852 NEME, Jorge Andrés
- 853 NICENBOIM, Lilia Beatriz
- 854 NICOLA, Ricardo Gabriel
- 855 NICOLAS, Horacio
- 856 NIEVAS, Nestor Nelson
- 857 NOGUEIRA, María Sol
- 858 NOVELLI, Claudina

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 859 NUÑEZ DE ALBURQUERQUE, Mariana V.
- 860 NUÑEZ ERREA, Eduardo Martín
- 861 NUÑEZ, María Ainelen
- 862 NUÑEZ, María Cristina
- 863 NUÑEZ, Santiago Alejandro
- 864 OBEJERO, Federico
- 865 OBERST MARTINEZ, Veronica Silvana
- 866 OCEJO, Federico Daniel
- 867 OCHOA, Sandro Fabián
- 868 OCKIER, Alejandro
- 869 OJEDA, Ariel Eliseo
- 870 OLAVE, Fabiola Jimena
- 871 OLIVA, Horacio Emilio
- 872 OLIVA, Juan Pablo
- 873 OLIVER, Javiva Angela
- 874 OLIVERA, Gustavo Martín
- 875 OLIVERA, Mariana Andrea
- 876 OLIVIERI, Barbara Ivon
- 877 OLIVIERI, Rubén Lino
- 878 OLMEDO, Marcelo Gabriel
- 879 ONTIVEROS, Daniel Alberto
- 880 ORELLANA, José Rosa
- 881 ORTEGA FERREYRA, Luciana Andrea
- 882 ORTIZ GUÑAZU, Guillermo
- 883 ORTIZ, Lidia Ignacia Estefania
- 884 ORTÍZ, Marcelo Ariel

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 885 ORTIZ, Rafael Humberto
- 886 OSES, Alfredo Roberto
- 887 OTATTI, Ulises David
- 888 OTERO, Cecilia Angélica
- 889 OVIEDO, María Cecilia
- 890 OYARZABAL, Roberto Rafael
- 891 PÁEZ, Lucas Mauro
- 892 PÁEZ, Sebastian Nehuen
- 893 PAINEMAL ALI, César Gabriel
- 894 PAJARES, Juan Domingo
- 895 PALADINO, Daniel Antonio
- 896 PALLADINO, Fernando Rómulo
- 897 PALMIERI, Gustavo Eduardo
- 898 PALOMO, Romina Alejandra
- 899 PANCHENKO, Marcela Alejandra
- 900 PANTANALI, Patricio Alejandro
- 901 PARADA RIQUELME, Ramona
- 902 PARDO, Ana Carolina
- 903 PAREDES, Débora Gabriela
- 904 PARRA, Lucas Francisco
- 905 PARRA, Paola Daniela
- 906 PARROTTA, Damián Ariel
- 907 PASSARELLI, Carla
- 908 PASSARELLI, Gabriel Ángel
- 909 PASSARIN, Néstor Carlos
- 910 PASTORUTTI, Marcos Ignacio

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 911 PAVLETIC, Gabriel Alejandro
- 912 PAVLIN, Damián Ceferino
- 913 PAVLIN, María Alejandra
- 914 PAVON, Maria Raquel
- 915 PAZ, Andrea Lorena
- 916 PAZ, Nestor Gustavo
- 917 PECORETTI, Wanda Karina
- 918 PEDERNERA, Martin Adolfo
- 919 PEDREIRA, Laura Ana
- 920 PEDRERO, Mariano Martín
- 921 PELAEZ, María Beatriz
- 922 PELEGRINA, Verónica Karem
- 923 PELLAT DAGUERRE, Daniel Alejandro
- 924 PELLEGRINI, Leonardo Andrés
- 925 PELLETIERI, María Valeria
- 926 PELLICHERO, Yanina Paola
- 927 PELLITERO CHANETON, Cintia Alejandra
- 928 PELLIZA, Fabián Enrique
- 929 PERAL, Liliana Verónica
- 930 PERAZZOLLI, Gustavo Emilio
- 931 PEREIRA, Paula Fernanda
- 932 PEREZ BORELLA, Mercedes del Carmen
- 933 PEREZ MORIENEGA, Rodolfo R.
- 934 PEREZ PIJOAN, José Manuel
- 935 PEREZ, Beatriz Elizabeth
- 936 PEREZ, César Omar

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 937 PEREZ, Darío Emilio
- 938 PEREZ, Graciela María
- 939 PEREZ, Ruben Angel
- 940 PETECH, Andrea Emilia
- 941 PETITTI, Graciela Beatriz
- 942 PETRUZZI, Estefania Belén
- 943 PETTOROSSO, Cristian Hugo
- 944 PETZOLDT, Elsa Elvira
- 945 PIANCIOLA, Martín Sebastián
- 946 PICCININI, Pablo Oscar
- 947 PINI, Carlos Rubén
- 948 PINI, Santiago
- 949 PINO MUÑOZ, Javier Teodoro
- 950 PINO, Noelia Mabel
- 951 PINTADO, Juan Carlos
- 952 PINTOS, Matías Gonzalo
- 953 PINUER, Walter Damián
- 954 PIZARRO, Mario Oscar
- 955 PIZZELLA, Darío Ángel
- 956 PIZZOLATO, René Sergio
- 957 PIZZORNO, María Victoria
- 958 PLAZA, Laura Silvina
- 959 POCCIONI, Gabriela
- 960 PODESTA, Mariana Florencia
- 961 POMPILI, Alejandro Luis Delfino
- 962 PONCE, Viviana Vanesa

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 963 PONCHIARDI, Alejandro
- 964 PONCHIARDI, Juan José
- 965 PONS, Eugenia del Pilar
- 966 PORFIRIO, Diego Andrés
- 967 PORRECA, Nora Mirian
- 968 POSSE, Néstor Pedro
- 969 POZZER, Melina Diana
- 970 PRADO, Juan José
- 971 PREITI, Stella Maris
- 972 PRIETO, Hugo Nélon
- 973 PRIETO, Julia Soledad
- 974 PRIETO, Pablo Julian
- 975 PROCAK, Nicolas Esteban
- 976 PUCCINNO, Ricardo Norberto
- 977 PUCHI MONTESI, Silvio
- 978 PUEBLA, Ángela Lorena
- 979 PUENTES, Miguel Ángel
- 980 PUJANTE MANGIOLA, Ignacio Javier
- 981 PUPPIO, Natalia Alejandra
- 982 PUSTERLA, Luis Alfredo
- 983 QUARTA, Juan José Marcos
- 984 QUARTA, Pedro Luis
- 985 QUEVEDO, Evelin Carolina
- 986 QUEZADA, Fernando Alfredo
- 987 QUEZADA, Mariano Antonio
- 988 QUEZADA, Mario Martín

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 989 QUEZADA, Maximiliano Andrés
- 990 QUEZADA, Rodolfo Héctor
- 991 QUILES, Luis Ángel
- 992 QUINTANA, Mario Oscar
- 993 QUINTANA, Silvia Fabiana
- 994 QUINTAR, Marcela Isabel
- 995 QUINTERO MARCO, José Alberto
- 996 QUIRINALI, Ángel Adrián
- 997 QUIROGA, Enrique Raúl
- 998 QUIROGA, Rodrigo Héctor
- 999 QUIRUGA, Miguel Ángel
- 1000 RABERT SOTO, Sofía Carina
- 1001 RACEDO, Juan Ramón
- 1002 RAFFO, Maria Virginia
- 1003 RAGUSO, César Horacio
- 1004 RAIMONDO, Omar Orlando
- 1005 RAMASCO, Andrea Verónica
- 1006 RAMBEAUD, Gastón Pedro
- 1007 RAMBEAUD, Susana Beatriz
- 1008 RAMELLO, Micaela
- 1009 RAMIDAN, Constanza Belén
- 1010 RAMÍREZ, Ana Lía
- 1011 RAMIREZ, Carlos Alberto
- 1012 RAMON, Juan Martín
- 1013 RAMOS NOVA, Carlos Alejandro
- 1014 RANGNAU, Federico

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1015 RANUCCI, Gabriel Enrique
- 1016 RAUTA, Adriana Beatriz
- 1017 RAZETTO, Anabella
- 1018 REBOLLEDO, Adolfo Enry
- 1019 REBOLLEDO, Franca Romina
- 1020 REBULLIDA CANO, Graciela
- 1021 REDEL, María Mónica
- 1022 REGGIANI, Romina Paula
- 1023 REGOLF, María Eugenia
- 1024 REGOLF, Marisa Elida
- 1025 RENTERIA, Marina Ayelén
- 1026 REÑONES, Silvana Cristina
- 1027 RETAMAL, Ariel Korak
- 1028 RETTIG ANGULO, Ignacio Boris
- 1029 REYES MARTINEZ, Hugo Orlando
- 1030 REYES, Roberto Luís
- 1031 REYNOSO, Ángel Bernardo
- 1032 REZZONICO, María Victoria
- 1033 RIBA, María Cecilia
- 1034 RICAU, Martin
- 1035 RICCHINI, María Isabel
- 1036 RINALDI TORRES, Daniela Pabla A.
- 1037 RIOS IÑIGUEZ, Juan Carlos
- 1038 RIOS ORDOÑEZ, Fernando
- 1039 RIOS, Elsa Beatriz
- 1040 RIVA, Nicolas Marcos David

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1041 RIVAROLA, Rodolfo Victoriano
- 1042 RIVERA, Adela Angela
- 1043 RIVERO, Eulogio Lorenzo
- 1044 RIZZI SALTO, José Miguel Luciano
- 1045 RIZZI SALTO, Julio Pablo Alberto
- 1046 ROA MORENO, Emanuel Alfredo
- 1047 ROBLEDO, Fernando Javier
- 1048 ROBLEDO, Patricia Natividad
- 1049 ROBLEDO, Roberto Mariano
- 1050 ROCA, Ailen
- 1051 ROCAMORA, Alberto Luis
- 1052 RODRIGO, María José
- 1053 RODRIGUEZ BELLO, Roberto Javier
- 1054 RODRIGUEZ CANO, Walter Martín
- 1055 RODRÍGUEZ DI FILIPPO, Xiomara Diana
- 1056 RODRIGUEZ SIGRAND, Leopoldo E.
- 1057 RODRIGUEZ, Carina
- 1058 RODRIGUEZ, Diego Alejandro
- 1059 RODRIGUEZ, Fernanda Alicia
- 1060 RODRÍGUEZ, Jessica Karina
- 1061 RODRÍGUEZ, Martín Jorge
- 1062 RODRÍGUEZ, Matías Nicolás
- 1063 RODRÍGUEZ, Pablo Alejandro
- 1064 RODRIGUEZ, Valeria Mercedes
- 1065 ROITSTEIN, Mariana
- 1066 ROJAS, Julio César

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1067 ROJAS, María Inés
- 1068 ROJO, Ana Karina
- 1069 ROLANDI, Alfredo Leopoldo
- 1070 ROLANDO, Andrés Horacio
- 1071 ROLDAN, Valeria Marcela
- 1072 ROMAGNOLI, Pablo Gustavo
- 1073 ROMAN, Fernando Carlos Enrique
- 1074 ROMANO, Carlos Alberto
- 1075 ROMERO MAIDANA, Javier Alberto
- 1076 ROMERO, Carolina Paola
- 1077 ROMERO, Victoria Eugenia
- 1078 RONDA, Carlos Cresencio
- 1079 ROSELLI, Eduardo
- 1080 ROSELLI, Eduardo Avelino
- 1081 ROSSI, Graciela Beatriz
- 1082 ROSSI, Mariano Andrés
- 1083 ROTTER, Mariana Luz
- 1084 ROZEMBERG, Noemí
- 1085 ROZENBOM, Marisa Beatriz
- 1086 RUARTE, Anahí Alejandra
- 1087 RUBINI, María Adriana
- 1088 RUBIO, Julio Cesar
- 1089 RUIZ, Guillermo Marcelo
- 1090 RUIZ, Paula Gabriela
- 1091 RUIZ, Vanesa
- 1092 RUSJAN, Silvano Darío

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1093 RUSSO, Sergio Adrián
- 1094 RUSSO, Vicente
- 1095 SAAVEDRA, Natalia Lorena
- 1096 SABELLA, Lorena Natalia
- 1097 SACCOCCIA, Marcos D.
- 1098 SACKS, Luciana
- 1099 SAGASTI, Florencia Ailiñ
- 1100 SAGLIETTI, Silvia Graciela
- 1101 SALA, Cristian Marcelo
- 1102 SALABERRI, María del Milagros
- 1103 SALAS, Blanca Gloria
- 1104 SALAZAR ALCAIDE, Christian Alexis
- 1105 SALINAS, Paula
- 1106 SALMAN, Alfredo David
- 1107 SALSAMENDI, Claudia G.
- 1108 SALVARREY, Verónica Lorena
- 1109 SALVATORI, Julio César
- 1110 SALVATORI, María Pirén
- 1111 SALVATORI, Nicolás Evaristo
- 1112 SANABRIA TORRES, María Alejandra
- 1113 SANCHEZ GALARCE, Carlos Fernando
- 1114 SANCHEZ KOHL, Romina Malen
- 1115 SANCHEZ MALDONADO, Claudio Javier
- 1116 SANCHEZ TOJO, Gabriel
- 1117 SANCHEZ, Carlos Francisco
- 1118 SANCHEZ, Estrella Miriam

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1119 SANCHEZ, Jesica Natalia
- 1120 SANCHEZ, José Rogelio
- 1121 SÁNCHEZ, Lucia Verónica
- 1122 SANCHEZ, Luciano Tomás
- 1123 SANCHEZ, Matías Fernando
- 1124 SANCHEZ, Romina Aldana
- 1125 SANCHEZ, Silvina Carola
- 1126 SANCHEZ, Tomás Alejandro
- 1127 SANDOVAL RAMOS, Claudio Christian
- 1128 SANDOVAL, Giorgina Elisabet
- 1129 SANDOVAL, Iris Noemí
- 1130 SANDOVAL, Silvina Valeria
- 1131 SANDOVAL, Victoria Magdalena
- 1132 SANGIUGLIANI, Silvana
- 1133 SANHUEZA, Eva de los Ángeles
- 1134 SANTINI, Marcela
- 1135 SANTOS VEGA, Susana Beatriz
- 1136 SANTOS, María Lucrecia
- 1137 SANZ, Emiliano Gastón
- 1138 SAPINO, Suyay
- 1139 SARAVI CASCO, Julio Alberto
- 1140 SARAVIA, Carla Natalia
- 1141 SARMIENTO, Alejandro Luis
- 1142 SARMIENTO, Laura Giselle
- 1143 SAVANCO, Laura Irene
- 1144 SAVINO, Cynthia Lorena

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1145 SCALMAZZI, Ana María
- 1146 SCHAIQUEVICH, Alicia Déborah
- 1147 SCHLAPFFER, Luis Alejandro
- 1148 SCHLAPFFER, Néstor R.
- 1149 SCHUBMANN, Emilio Nicolás
- 1150 SCORDO, Hernán Gustavo
- 1151 SEIFERT, Natalia Estefanía
- 1152 SEPULVEDA SCHIBAR, Felipe Andres
- 1153 SEPULVEDA, Eduardo Alfredo
- 1154 SEPULVEDA, Néstor Oscar
- 1155 SERAÍN HIGUERA, Daniela E.
- 1156 SIBILEAU, Agnes
- 1157 SIGNORILE, Darío Damián
- 1158 SILVA ASSAD, Cristina Mabel
- 1159 SILVA, Bernardo Ezequiel
- 1160 SILVA, Ignacio
- 1161 SILVA, Marcos Rubén
- 1162 SILVA, Tomás Emilio
- 1163 SINIGOJ, Deborah Judith
- 1164 SIRI, Leandro Federico
- 1165 SOBISCH, María Vanina
- 1166 SOBISCH, María Verna
- 1167 SOLDERA, Rosana Elisa
- 1168 SOLER, Claudia Mabel
- 1169 SOLIS, Cristina Elisa
- 1170 SOLORZA, Mónica Silvina

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1171 SORENSON, Karina Alejandra
- 1172 SOROS, Cecilia María
- 1173 SORTINO, Mario Luis
- 1174 SOSA GAMBOA, Carlos María
- 1175 SOSA, Alejo Fabián
- 1176 SOSA, Cintia Lorena
- 1177 SOSA, Daniel Luis
- 1178 SOTO, Eduardo Alberto
- 1179 SOTO, Marina Ángela
- 1180 SOTO, Olga
- 1181 SOTO, Oscar Rubén
- 1182 SOTO, Romina Giselle
- 1183 SOTO, Zulma Cristina
- 1184 SPANDRIO, Marta Silvina
- 1185 SPERONI, Andrea
- 1186 SPINELLI, Ana María
- 1187 STAGNARO, Héctor Pedro Marcelo
- 1188 STAICOS, Claude Christian
- 1189 STELLA, Federico
- 1190 STELLA, Gerardo Albino
- 1191 STEPA, Miguel Fernando
- 1192 STERZ, Marcelo Luis
- 1193 STICKEL, Ivana Gabriela
- 1194 STILLGER, Gisselle Janette
- 1195 STINGA, Elena Elisa
- 1196 STULLER, Adriana Beatriz

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1197 SUAREZ STINGA, Maximiliano José
- 1198 SUAREZ, Karina Alejandra
- 1199 SUAREZ, Natalia Ailin
- 1200 SUAREZ, Valeria Silvina
- 1201 SUELDO, Ricardo Martín
- 1202 SURAN, Fabio César
- 1203 TALARICO, Juan Manuel
- 1204 TALLARICO, Nadia Ivana
- 1205 TAMBORINI, María Anabel
- 1206 TARDITI, Javier Claudio
- 1207 TARGIZE, Alberto Oscar
- 1208 TARZIA, Sergio Daniel
- 1209 TASANO, Mario Alfredo
- 1210 TEJEDA, Carlos Alberto Modestino
- 1211 TELLO, Silvia Delia
- 1212 TEMI, Fermín
- 1213 TEPPA, Juan Carlos
- 1214 TERMES, Marta Daniela
- 1215 TESSA, Antonella
- 1216 TIEMROTH, Marcelo Andrés
- 1217 TOBARES, Heber Alexander
- 1218 TOBARES, Jorge Omar Alvedo
- 1219 TODERO, Etelvino Eleazar
- 1220 TODERO, Valeria Alicia
- 1221 TOGNONATO, Victoria Carla
- 1222 TOMASINI, Pablo Fernando

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1223 TOME, Alfredo Gustavo
- 1224 TORREALDAY, Fabricio Eduardo
- 1225 TORRES BRAVO, Neris Nicolás
- 1226 TORTONE, Marina
- 1227 TOSATTO, Natalia Carolina
- 1228 TOSCANO DE DI LORENZO, Ema
- 1229 TOUS, Sandra Beatriz
- 1230 TRABUCCO, Zulma Viviana
- 1231 TRANAMIL, Fernando Pablo
- 1232 TRASARTI, Nicolás
- 1233 TREPAT, Julio Alberto
- 1234 TRINCIANTE, Fabiana Alejandra
- 1235 TRONCOSO, Emilce Graciela
- 1236 TRONCOSO, Marianela Dedic
- 1237 TRONCOZO, Carolina Anahi
- 1238 TROVA, Facundo Martín
- 1239 TRUTANICH, Mariano Andrés
- 1240 TUMA, Mariana Andrea
- 1241 TUÑON, Ariel
- 1242 TUR, Daniel Adrián
- 1243 TYSZKIEWIEZ, Lorena
- 1244 UGARTEMENDIA, Beatriz Liliana
- 1245 ULLARTE SANCHEZ, Bernardita del
- 1246 UNZAGA, Héctor Manuel
- 1247 URBANO, Mario Nicolás
- 1248 URBIETA, Ariel Alberto

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1249 URIBURU, Luciana Cecilia
- 1250 URQUILUX, Mauro Román
- 1251 URRÁ, Omar Nahuel
- 1252 URRERE DOMENE, María Alejandra
- 1253 URRUTIA, Adriana Yanet
- 1254 URRUTIA, Alfredo
- 1255 URRUTIA, Claudio Marcelo
- 1256 VACCARO, Carlos Alberto
- 1257 VALDEBENITO, Andrea Cecilia
- 1258 VALDEZ MONTES, Celia Susana
- 1259 VALENZA, Leandro
- 1260 VALENZUELA, Lorena Verónica
- 1261 VALENZUELA, Pablo Fernando
- 1262 VALENZUELA, Yanina Emilce
- 1263 VALERO, Marcia Jérica
- 1264 VALLEJO RODINI, Celeste
- 1265 VARELA, Luis María
- 1266 VARGA, María Isabel
- 1267 VARGAS GIORIA, Laura Verónica
- 1268 VARGAS, Alicia Susana
- 1269 VARGAS, Rodolfo Luis
- 1270 VARNI, Agustín
- 1271 VARNI, María Alicia
- 1272 VARNI, Martín
- 1273 VASQUEZ CARCAMO, Daiana Soledad
- 1274 VAZQUEZ, Claudia Gabriela

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1275 VAZQUEZ, Ricardo Andrés
- 1276 VAZQUEZ, Sebastián René
- 1277 VECE, Daniel Jonatan Gaston
- 1278 VEGA CARO, Gustavo César
- 1279 VEGA, Claudia Silvina
- 1280 VEGA, Silvina Ayelén
- 1281 VELA, Jorge Eduardo
- 1282 VELEZ, Celia Natalia
- 1283 VELEZ, Verónica
- 1284 VENICA, Héctor
- 1285 VERGARA, Gustavo Horacio
- 1286 VERGARA, Silvia Verónica
- 1287 VERGEZ, Daniel Rubén
- 1288 VEROLIN, Nicolás Javier
- 1289 VERTUA, Marcia Gabriela
- 1290 VIANO, Walquiria Ramona Carolina
- 1291 VIDAL, María Carolina
- 1292 VIDAURRETA, Fernando
- 1293 VIDE LA, Horacio Fabián
- 1294 VIDE LA, Mariana
- 1295 VIDO, Martina
- 1296 VIDONDO, Daniel María
- 1297 VIGNA, Marcelo Juan
- 1298 VILAR, Javier
- 1299 VILLA, Gimena Roxana Vanesa
- 1300 VILLABLANCA PASTORE, Rubén Darío

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1301 VILLASUSO, Rolando Pedro
- 1302 VILLEGAS, Romina Johana
- 1303 VILLOLDO, Mirta Roxana
- 1304 VISCARDI, Diego Adrián
- 1305 VITA, Daniel Enrique
- 1306 VITA, Natalia Mónica
- 1307 VITIELLO, Osvaldo Eduardo
- 1308 VOLANTE, David José
- 1309 VOLPE, Javier Andrés
- 1310 WEGNER, María Gabriela
- 1311 WITTE, Federico
- 1312 WOHL, Laura Amelia
- 1313 YAÑEZ, Jorge Ezequiel
- 1314 YAPUR, Mariam
- 1315 YEPREMIAN, Juan Marcos
- 1316 YERI, Néstor Rubén
- 1317 ZAMBRANO CENTENO, Lilian
- 1318 ZANELLI, Fernando Gustavo
- 1319 ZANET ROMERO, Verónica Eugenia
- 1320 ZANNINI, Federico
- 1321 ZANONA, Gabriel Alcides
- 1322 ZAPATA, Francisco
- 1323 ZAPATA, Marcelo Enrique
- 1324 ZAPPERI, Ana Lía
- 1325 ZARATE, Jorge Eduardo
- 1326 ZARZUR, Carim Nicolás

Listado de matriculados en los colegios de Abogados y
Procuradores de la Provincia - Marzo 2021

- 1327 ZARZUR, Carlos Aníbal
- 1328 ZAYA, Carlos Bernardo
- 1329 ZERBOLA, Lucia Mercedes
- 1330 ZERBOLA, Martín
- 1331 ZEUG, Guillermo Erwin
- 1332 ZINGONI, Emiliano Agustín
- 1333 ZINGONI, Juan Patricio
- 1334 ZUBAK, Alejandro Daniel
- 1335 ZUÑIGA, Germán Roberto
- 1336 ZUÑIGA, Juan Manuel
- 1337 ZURITA, Josefa Andrea

PROYECTO 14 152

DE LEY

EXPTE. O-24/21

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad—y por las razones que dará su miembro informante, el diputado Maximiliano José Caparroz—, aconseja a la Honorable Cámara sancionar el siguiente proyecto de ley:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

Artículo 1.º Se crea, en el ámbito de la I Circunscripción Judicial, con asiento de funciones en la ciudad de Rincón de los Sauces, un juzgado de Primera Instancia de Familia, Niñez y Adolescencia.

Artículo 2.º Se crea, en el ámbito de la IV Circunscripción Judicial, con asiento de funciones en la ciudad de Villa la Angostura, un juzgado de Familia, Niñez y Adolescencia.

Artículo 3.º Las causas en materia de derecho de familia, niñez y adolescencia que se tramitan en los Juzgados Civil, Comercial, Laboral y de Minería de Rincón de los Sauces y de Villa la Angostura a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley deben ser asumidas por los juzgados que por esta norma se crean, según la reglamentación que dicte el Tribunal Superior de Justicia.

Artículo 4.º Se crean, en la planta de personal permanente del Poder Judicial, dos cargos de juez de Primera Instancia (MF3) y dos cargos de funcionarios (MF6).

Artículo 5.º El funcionamiento organizativo de los juzgados creados en los artículos 1.º y 2.º de esta ley debe mantenerse hasta que el Tribunal Superior de Justicia implemente los colegios de jueces para los fueros no penales de la provincia y las oficinas judiciales para los fueros no penales en las circunscripciones judiciales aludidas, según los artículos 48, 68 y 68 bis de la Ley 1436.

Artículo 6.º El gasto que demande el cumplimiento de esta ley debe ser imputado al Presupuesto del Poder Judicial.

Artículo 7.º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de Comisiones, 16 de marzo de 2021.

GAITAN
Ludmila
Firmado digitalmente por
GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.16
13:04:45 -03'00'

DU PLESSIS
Maria
Laura
Firmado digitalmente por
DU PLESSIS Maria
Laura
Fecha: 2021.03.16
12:25:05 -03'00'

CAPARROZ
Maximilian
o Jose
Firmado digitalmente por
CAPARROZ
Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.16
11:42:24 -03'00'

GALLIA
Fernand
o Adrian
Firmado digitalmente por
GALLIA Fernando
Adrian
Fecha: 2021.03.16
13:24:46 -03'00'

PERESSINI
Andrés
Arturo

Firmado digitalmente
por PERESSINI
Andrés Arturo
Fecha:
2021.03.16
14:25:12
-03'00'

PERALTA
Oswaldo
Dario

Firmado digitalmente
por PERALTA
Oswaldo Dario
Fecha:
2021.03.18
11:01:06
-03'00'

COGGIOLA
Carlos
Alberto

Firmado digitalmente
por COGGIOLA Carlos
Alberto
Fecha: 2021.03.18
13:00:30 -03'00'

GASS Cesar
Anibal

Firmado digitalmente
por GASS Cesar Anibal
Fecha: 2021.03.19
08:10:22 -03'00'

MONTECINOS
VINES Karina
Andrea

Firmado digitalmente
por MONTECINOS
VINES Karina Andrea
Fecha: 2021.03.19
11:51:41 -03'00'

PROYECTO 14 152
DE LEY
EXPT. O-24/21

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Hacienda y Presupuesto, Cuentas y Obras Públicas, por mayoría, adhiere al despacho producido por la Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, y aconseja a la Honorable Cámara su aprobación.

Actuará como miembro informante el diputado Maximiliano José Caparroz, quien fuera designado por la Comisión “A”.

Sala de Comisiones, 23 de marzo de 2021.

ABDALA
Lorena
Vanessa
Firmado digitalmente por ABDALA Lorena Vanesa
Fecha: 2021.03.23
15:45:42 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano José
Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano José
Fecha: 2021.03.23
15:28:40 -03'00'

MURISI
Liliana
Amelia
Firmado digitalmente por MURISI Liliana Amelia
Fecha: 2021.03.23
15:19:56 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet
Firmado digitalmente por RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.23
16:01:33 -03'00'

PERESSINI
Andrés
Arturo
Firmado digitalmente por PERESSINI Andrés Arturo
Fecha: 2021.03.23
16:20:59 -03'00'

ESTEVE
S Leticia
Ines
Firmado digitalmente por ESTEVES Leticia Ines
Fecha: 2021.03.23
16:39:14 -03'00'

CASTELLI
Lucas
Alberto
Firmado digitalmente por CASTELLI Lucas Alberto
Fecha: 2021.03.23 17:01:02 -03'00'

MUÑOZ
Jose Raul
Firmado digitalmente por MUÑOZ Jose Raul
Fecha: 2021.03.24
09:30:17 -03'00'

PROYECTO 14 154

DE LEY

EXPTE. D-96/21

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad —y por las razones que darán sus miembros informantes, los diputados Maria Lorena Parrilli y Maximiliano José Caparroz—, aconseja a la Honorable Cámara sancionar el siguiente proyecto de ley:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

Artículo 1.º Se modifica el artículo 1.º de la Ley 3239, el que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 1.º Se suspenden, hasta el 31 de marzo de 2022, los procesos judiciales, cualquiera sea la causa de la obligación que haya originado la acción o el motivo de la liquidación, que ordenen o hayan ordenado la subasta de bienes inmuebles o muebles ocupados o utilizados por quienes cumplen un servicio esencial en calidad de prestadores médicos asistenciales públicos o privados de internación o de diagnóstico y tratamiento, que cuenten con el certificado de inscripción del Registro Nacional de Prestadores Sanatoriales que emite la Superintendencia de Servicio de Salud.

Dicha suspensión alcanza los procesos de los sujetos pasivos cuya actividad sea la de geriátricos y de rehabilitación».

Artículo 2.º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de Comisiones, 23 de marzo de 2021.

DU
PLESSIS
Maria
Laura

Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.23
10:47:25 -03'00'

GASS
Cesar
Anibal

Firmado digitalmente por GASS Cesar Anibal
Fecha: 2021.03.23
14:29:17 -03'00'

CAPARROZ
Maximilian
o Jose

Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.23
10:22:43 -03'00'

BERTOLDI
ROSALES
Gonzalo
Dario

Firmado digitalmente por BERTOLDI ROSALES Gonzalo Dario
Fecha: 2021.03.23
13:38:07 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian

Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.23
11:12:47 -03'00'

COGGIOLA
Carlos
Alberto

Firmado digitalmente por COGGIOLA Carlos Alberto
Fecha: 2021.03.23
15:02:41 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.23
10:55:53 -03'00'

PERESSINI
Andrés
Arturo

Firmado digitalmente por PERESSINI Andrés Arturo
Fecha: 2021.03.23
11:28:09 -03'00'

MARTINEZ
Maria
Soledad

Firmado digitalmente por MARTINEZ Maria Soledad
Fecha: 2021.03.23
12:13:53 -03'00'

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio
Daniel

Firmado digitalmente por FERNANDEZ Eduardo Sergio Daniel
Fecha: 2021.03.23
12:45:55 -03'00'

PROYECTO 14 019
DE LEY
EXPTE. D-941/20
y agregados
PROYECTO 13 977
DE LEY
EXPTE. D-901/20 y
PROYECTO 14 000
DE LEY
EXPTE. D-922/20

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, por unanimidad —y por las razones que darán sus miembros informantes las diputadas María Fernanda Villone, Soledad Martínez y Leticia Esteves—, aconseja a la Honorable Cámara sancionar el siguiente proyecto de ley:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

Artículo 1.º **Adhesión.** Se adhiere a la Ley nacional 27 592, Ley Yolanda.

Artículo 2.º **Autoridad de aplicación.** La autoridad de aplicación de la presente es la Secretaría de Desarrollo Territorial y Ambiente o el organismo que la remplace.

Artículo 3.º **Funciones.** La autoridad de aplicación debe:

- a) Diseñar los planes de capacitación que deben brindarse en los tres poderes del Estado.
- b) Garantizar y articular la participación de instituciones científicas especializadas en la materia, así como de la sociedad civil y sus organizaciones, en el marco del proceso de confección de los planes de capacitación.
- c) Certificar el contenido de las capacitaciones.

Artículo 4.º **Planes de capacitación.** Los planes diseñados por la autoridad de aplicación deben, como mínimo, contar con información referida al cambio climático, a la protección de la biodiversidad y los ecosistemas, a la eficiencia energética y las energías renovables, a la economía circular y al desarrollo sostenible. Asimismo deben contemplar información relativa a la normativa ambiental vigente.

Artículo 5.º **Invitación a Adherir.** Se invita a los municipios y a las comisiones de fomento a adherir a la presente ley y a dictar normas similares en sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 6.º Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Sala de Comisiones, 3 de marzo de 2021.

MANSILLA
GARODNIK
Mariano Victorio

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.04
03:15:24 +09'00'

RIOSECO
Teresa

Firmado digitalmente
por RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.04
10:52:49 -03'00'

ORTUÑO
LOPEZ
Jose
Natalio

Firmado
digitalmente por
ORTUÑO LOPEZ
Jose Natalio
Fecha:
2021.03.04
11:25:13 -03'00'

ABDALA
Lorena
Vanesa

Firmado
digitalmente
por ABDALA
Lorena Vanesa
Fecha:
2021.03.03
14:14:01 -03'00'

PERESSINI
I Andrés
Arturo

Firmado
digitalmente por
PERESSINI
Andrés Arturo
Fecha:
2021.03.04
10:59:32 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado
digitalmente por
GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.04
10:36:10 -03'00'

ESTEVE
S Leticia
Ines

Firmado
digitalmente por
ESTEVE S Leticia
Ines
Fecha:
2021.03.04
11:11:18 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet

Firmado digitalmente
por RICCOMINI Carina
Yanet
Fecha: 2021.03.04
11:48:28 -03'00'

PROYECTO 14 019
DE LEY
EXPTE. D-941/20
y agregados
PROYECTO 13 977
DE LEY
EXPTE. D-901/20 y
PROYECTO 14 000
DE LEY
EXPTE. D-922/20

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad, adhiere al despacho producido por la Comisión de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, y aconseja a la Honorable Cámara su aprobación.

Actuarán como miembros informantes las diputadas María Fernanda Villone, María Soledad Martínez y Leticia Inés Esteves, quienes fueran designadas por la Comisión "H".

Sala de Comisiones, 24 de marzo de 2021.

DU
PLESSIS
Maria
Laura

Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.23 10:46:23 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano Jose

Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.23 10:23:20 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian

Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.23 11:12:21 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.23 10:56:14 -03'00'

PERESSINI
Andrés
Arturo

Firmado digitalmente por PERESSINI Andrés Arturo
Fecha: 2021.03.23 11:28:30 -03'00'

MARTINEZ
Maria
Soledad

Firmado digitalmente por MARTINEZ Maria Soledad
Fecha: 2021.03.23 12:14:45 -03'00'

BERTOLDI
ROSALES
Gonzalo
Dario

Firmado digitalmente por BERTOLDI ROSALES Gonzalo Dario
Fecha: 2021.03.23 13:37:24 -03'00'

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio
Daniel

Firmado digitalmente por FERNANDEZ Eduardo Sergio Daniel
Fecha: 2021.03.23 12:45:21 -03'00'

PROYECTO 14 019

DE LEY

EXPTE. D-941/20

y agregados

EXPTE. D-901/20 PROYECTO DE LEY 13 977

EXPTE. D-922/20 PROYECTO DE LEY 14 000

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Hacienda y Presupuesto, Cuentas y Obras Públicas, por mayoría, adhiere al despacho producido por la Comisión de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, y aconseja a la Honorable Cámara su aprobación.

Actuarán como miembros informantes las diputadas María Fernanda Villone, María Soledad Martínez y Leticia Inés Esteves, quienes fueran designadas por la Comisión "H".

Sala de Comisiones, 23 de marzo de 2021.

ABDALA
Lorena
Vanesa
Firmado digitalmente por
ABDALA Lorena
Vanesa
Fecha: 2021.03.23
15:40:15 -03'00'

CAPARRO
Z
Maximilia
no Jose
Firmado digitalmente por
CAPARROZ
Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.23
15:29:55 -03'00'

MURISI
Liliana
Amelia
Firmado digitalmente por
MURISI Liliana
Amelia
Fecha: 2021.03.23
15:19:17 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet
Firmado digitalmente por
RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.23
15:59:47 -03'00'

PERESSINI
I Andrés
Arturo
Firmado digitalmente por
PERESSINI Andrés
Arturo
Fecha: 2021.03.23
16:20:32 -03'00'

ESTEVE
S Leticia
Ines
Firmado digitalmente por
ESTEVE S Leticia
Ines
Fecha: 2021.03.23
16:26:41 -03'00'

CASTELLI
Lucas
Alberto
Firmado digitalmente por
CASTELLI Lucas
Alberto
Fecha: 2021.03.23
17:00:44 -03'00'

MUÑOZ
Jose Raul
Firmado digitalmente por
MUÑOZ Jose Raul
Fecha: 2021.03.24
09:31:10 -03'00'

PROYECTO 14 202
DE RESOLUCIÓN
EXPTE. D-144/2021
y agregado
PROYECTO 14 138
DE COMUNICACIÓN
EXPTE. D-82/2021

DESPACHO DE LA H. CÁMARA EN COMISIÓN

La Honorable Cámara, constituida en comisión, aconseja sancionar el siguiente proyecto de resolución:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
RESUELVE:

Artículo 1.º Solicitar al Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén la inclusión como grupo prioritario en la campaña actual de vacunación contra el coronavirus SARS-CoV-2 a las trabajadoras y trabajadores de merenderos y comedores comunitarios.

Artículo 2.º Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial.

RECINTO DE SESIONES, 24 de marzo de 2021.

Fdo.) Autoridades ratificadas en la Cámara y diputados presentes.

PROYECTO 14 144
DE COMUNICACIÓN
EXPTE. D-86/21
y agregado
PROYECTO 14 080
DE COMUNICACIÓN
EXPTE. D-44/21

DESPACHO DE COMISIÓN

La Comisión de Legislación de Asuntos Constitucionales y Justicia, por unanimidad —y por las razones que darán sus miembros informantes, los diputados César Aníbal Gass y Carlos Alberto Coggiola—, aconseja a la Honorable Cámara sancionar el siguiente proyecto de comunicación:

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
COMUNICA:

Artículo 1.º Solicitar a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación que dé pronto tratamiento y aprobación al proyecto de ley, Expediente 7011-D-2020, referido a la incorporación de los artículos 239 bis y ter al Código Penal, a fin de tipificar como delitos las violaciones a las órdenes de protección cautelares de restricción domiciliaria o de no acercamiento a lugar o persona, por considerarlo esencial para ampliar la protección a las víctimas de violencia familiar y de género.

Artículo 2.º Que sugiere la siguiente redacción para el artículo 239 bis que se incorporará al Código Penal:

«Artículo 239 bis: Será reprimido con prisión de dos a seis años el que desobedezca las medidas cautelares especificadas en los incisos a) y b) del artículo 4.º de la Ley nacional 24 417 y con toda otra medida ordenada para proteger la integridad psicofísica o la vida de una víctima de violencia de género y/o familiar. La pena será de cumplimiento efectivo».

Artículo 3.º Solicitar al Congreso de la Nación Argentina que se incorpore una modalidad agravada al Capítulo IV, «Abuso de autoridad y violación de los deberes de los funcionarios públicos», del Código Penal para los casos que, con motivo o en ocasión de los delitos regulados por los artículos 248 y 249 de esa norma, cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se ponga en peligro a una víctima de violencia de género y a su grupo familiar.
- b) Resulte violentada la vida, la integridad psicofísica y/o sexual de la víctima de violencia de género o la de su grupo familiar.

Artículo 4.º Comuníquese al Congreso de la Nación Argentina, al Poder Ejecutivo provincial y a los representantes de la provincia del Neuquén ante el Congreso de la Nación Argentina.

Sala de Comisiones, 23 marzo de 2021.

DU PLESSIS
Maria Laura

Firmado digitalmente
por DU PLESSIS Maria
Laura
Fecha: 2021.03.23
10:46:57 -03'00'

GASS Cesar Anibal

Firmado digitalmente por GASS Cesar
Anibal
Fecha: 2021.03.23 14:26:33 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano Jose

Firmado
digitalmente por
CAPARROZ
Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.23
10:24:20 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian

Firmado digitalmente
por GALLIA Fernando
Adrian
Fecha: 2021.03.23
11:13:30 -03'00'

PERESSINI
Andrés
Arturo

Firmado digitalmente
por PERESSINI Andrés
Arturo
Fecha: 2021.03.23
11:28:57 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado
digitalmente por
GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.23
10:56:31 -03'00'

MARTINEZ
Maria
Soledad

Firmado digitalmente
por MARTINEZ Maria
Soledad
Fecha: 2021.03.23
12:13:00 -03'00'

BERTOLDI
ROSALES
Gonzalo
Dario

Firmado
digitalmente por
BERTOLDI
ROSALES Gonzalo
Dario
Fecha: 2021.03.23
13:38:38 -03'00'

FERNAND
EZ
Eduardo
Sergio
Daniel

Firmado
digitalmente
por FERNANDEZ
Eduardo Sergio
Daniel
Fecha:
2021.03.23
12:49:57 -03'00'

COGGIOLA
Carlos
Alberto

Firmado digitalmente
por COGGIOLA Carlos
Alberto
Fecha: 2021.03.23
15:01:37 -03'00'

Proyectos presentados

Año: 2021

DIPUTADOS

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT)

EXPTE. N°	99
PROYECTO N°	14157
CARÁCTER	Ley

EXTRACTO:

Por el cual se establece un marco regulatorio para la circulación de vehículos a propulsión eléctrica sin asiento, tales como monopatines y patinetas.

Observaciones:

11/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

NEUQUÉN, de Marzo del 2021.

Al Sr. Presidente

Legislatura de Neuquén

Marcos Koopmann

SU DESPACHO

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted —y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara— con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Ley.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para saludar a usted muy atentamente.

**RIOSECO
Teresa**

Firmado digitalmente
por RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.11
12:59:19 -03'00'

**MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio**

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.12
00:34:09 +09'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:**

Artículo 1º: Regúlese la circulación de vehículos de propulsión eléctrica sin asiento, tales como monopatines y patinetas, en todo el territorio de la Provincia de Neuquén.

Artículo 2º: Establécese la prohibición de circulación de los vehículos de propulsión eléctrica sin asiento por veredas y espacios peatonales.

Artículo 3º: El límite máximo de movilidad de los vehículos de propulsión eléctrica es de 25 km/h.

Artículo 4º: La edad mínima para conducir vehículos de propulsión eléctrica es de dieciséis (16) años.

Artículo 5º: Requisitos de seguridad para la circulación de los vehículos de propulsión eléctrica por la vía pública:

- a) Uso de casco
- b) Un sistema de frenos que actúe sobre sus ruedas.
- c) Una base de apoyo para los pies.
- d) Timbre o bocina que permita llamar la atención bajo condiciones de tránsito mediano.
- e) Elementos reflectantes que permitan una adecuada visibilidad.
- f) Al menos una luz delantera y una luz trasera para su visibilidad en condiciones de poca iluminación.
- g) La potencia máxima del motor será de quinientos (500) Watts.

Artículo 6º: Determinará el Poder Ejecutivo en su reglamentación la Autoridad de Aplicación correspondiente.

Artículo 7º: Fijará la Autoridad de Aplicación las sanciones correspondientes ante el incumplimiento de la presente ley.

Artículo 8º: Invítese a los municipios a adherirse a la presente ley.

Artículo 9º: Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

FUNDAMENTOS

En nuestro país, los monopatines y patinetas eléctricas ya son una realidad en las grandes ciudades de la Argentina. Transformándose en una alternativa para desplazarse con velocidad.

La experiencia a nivel mundial demuestra que estos dispositivos de movilidad urbana personal permiten mejorar el traslado en trayectos cortos y que además cuentan con el beneficio de ser eléctricos, lo que colabora a reducir la contaminación ambiental. Sin embargo, la irrupción de estos nuevos vehículos en la vía pública implica que ante la mayor utilización, resulta imperante reglamentar su uso, estableciendo reglas y multas para quienes no cumplan con esta reglamentación. A partir de esto, los usuarios de vehículos de propulsión eléctrica deberán respetar una velocidad máxima de 25 km/h y se prohibirá el uso a los menores de 16 años, entre otros requisitos que deberán cumplir para cuidar su seguridad y de los demás transeúntes.

Ya existen experiencias de regulación en otras ciudades como es el caso de Buenos Aires, en donde se encuentra reglamentado desde el año 2019.

Consideramos conveniente y oportuno avanzar en su regulación con el fin de cubrir el vacío normativo referido a las condiciones de circulación, seguridad, previniendo posibles problemas de convivencia en el espacio público, necesario para el fomento de una movilidad sostenible y segura.

Por lo expuesto, solicitamos a nuestros pares acompañen el presente proyecto de Ley.

-

Año: 2021

DIPUTADOS

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT)

EXPTE. N°	100
PROYECTO N°	14158
CARÁCTER	Ley

EXTRACTO:

Por el cual se crean Centros Oncológicos en los hospitales públicos de las Zonas Sanitarias I, II, III, IV y V de la provincia, para la detección precoz, el tratamiento integral y el seguimiento de las personas que padecen cáncer y de su familia.

Observaciones:

11/3/2021 Fojas: 6

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Frente de Todos**

Neuquén, 11 marzo de 2021.

**Al Sr. Presidente
Legislatura de Neuquén
Marcos Koopmann
SU DESPACHO**

Nos dirigimos a usted —y por su intermedio a la Honorable Cámara Legislativa que preside— a efectos de elevar el presente Proyecto de Ley para su oportuno tratamiento y aprobación.

Sin otro particular, nos despedimos de usted muy atentamente.

**RIOSEC
O Teresa**

Firmado digitalmente
por RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.11
12:59:49 -03'00'

**MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio**

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.12
00:33:39 +09'00'



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Frente de Todos**

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

CREACIÓN DE CENTROS ONCOLÓGICOS

Artículo 1° Créase un Centro Oncológico para el Tratamiento Integral del Cáncer, con el objeto de la detección precoz, tratamiento integral y el seguimiento de las personas que padecen cáncer y su familia, en el plazo de ciento veinte (120) días a partir de la sanción de la presente Ley, en el Hospital Zonal Complejidad VI de las ciudades de Cutral Có y Plaza Huincul comprendido en la Zona Sanitaria V.

Artículo 2° Créase en el plazo de doce (12) meses un Centro Oncológico adjunto a un hospital público perteneciente al Estado provincial en cada una de las Zonas Sanitarias I, II, III y IV, incluyéndose uno de Oncología Pediátrica.

Artículo 3° A efectos de dar cumplimiento a la presente Ley, el Estado provincial dispondrá de una partida especial destinada a solventar los gastos que demande la construcción y/o acondicionamiento de instalaciones en las edificaciones existentes.

Artículo 4° La designación de la ubicación y de la complejidad de los centros oncológicos se realizará atendiendo a criterios de densidad poblacional, demanda de servicio y existencia de núcleos de riesgo.

DEFINICIÓN

Artículo 5° Los centros oncológicos son espacios cerrados integrados a hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias que permitan el tratamiento y cuidado de pacientes oncológicos, así como el acceso a los tratamientos que se consideren necesarios en el marco de las buenas prácticas de salud.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE FUNCIONAMIENTO

Artículo 6° Se adoptarán como principios rectores de funcionamiento los establecidos en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial.

EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS Y CAPACITACIONES

Artículo 7° Cada centro oncológico dispondrá de un equipo profesional interdisciplinario conformado por, al menos, un (1) médico (especialista en Oncología) encargado y otros médicos, enfermeros, y personal administrativo, así como todo personal que se considere necesario, a los efectos de brindar una atención integral de cada paciente.

Artículo 8° En procura de asegurar la excelencia en la atención de pacientes, se promoverá en el personal de los equipos interdisciplinarios la capacitación permanente, garantizándose la estabilidad laboral del personal integrante de los mismos.

Artículo 9° Las capacitaciones serán realizadas a través de las universidades y los institutos de educación superior que cuenten con el debido reconocimiento oficial de la autoridad educativa correspondiente.

Artículo 10° El Ministerio de Salud de la provincia promoverá los acuerdos necesarios a fin de que las autoridades jurisdiccionales implementen las capacitaciones.

TRATAMIENTOS

Artículo 11 Los pacientes serán ingresados a los centros oncológicos tras su derivación clínica desde otro efector de Salud tanto del Sistema de Salud público como privado.

Artículo 12 Los pacientes, una vez ingresados, permanecerán en tratamiento el tiempo que el profesional médico a cargo crea necesario, ya sea de manera ambulatoria o en internación. Para la última se debe contemplar su ubicación en la unidad o en cercanías, del o los acompañantes, ya sea familiar o quien el paciente disponga.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 13 Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las readecuaciones presupuestarias que sean necesarias para el cumplimiento de la presente Ley.

Artículo 14 La autoridad de aplicación de la presente Ley es el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Artículo 15 La autoridad de aplicación creará y reglamentará los protocolos, guías y recomendaciones clínicas correspondientes al ingreso, egreso y funcionamiento de los centros oncológicos.

Artículo 16 Esta Ley será reglamentada dentro de los sesenta (60) días de su promulgación.

Artículo 17 Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FUNDAMENTOS

El derecho a la salud está reconocido y amparado por el derecho argentino y goza de jerarquía constitucional desde la reforma de 1994 que incorporó al bloque de constitucionalidad diversos tratados internacionales sobre Derechos Humanos.

La Constitución Nacional en su artículo 31 establece: *“Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los tratados con las potencias extranjeras son la ley suprema de la Nación (...)”*, y en su artículo 75, inciso 22, dispone que se confiere jerarquía constitucional a los tratados internacionales que se enumeran de modo taxativo.

Entre ellos y en consonancia con el derecho a la salud que abordamos, se encuentran: La Declaración Americana de Derechos del Hombre (artículos VII y XI); Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 3º, 8º y 25); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 24); Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 4º) y la Convención de los Derechos del Niño (artículos 6º, 23, 24 y 26).

La fuerza del mandato constituyente nos obliga en forma indelegable a ocuparnos del problema de la distancia para realizar los tratamientos a pacientes oncológicos del interior, debido a que afecta la integridad personal y el derecho a la salud supone su preservación. Motivados por ese mandato creemos oportuno y conveniente la presentación de este Proyecto de Ley, el cual procura la creación y puesta en funcionamiento de centros oncológicos en cada una de las regiones de la Provincia del Neuquén, articulando con el resto de los efectores del Sistema de Salud público, a los efectos de facilitar el tratamiento y cuidados de las personas que sufren enfermedades oncológicas.

Según el Registro de Tumores creado en el año 2009 en la Provincia del Neuquén, se ubica el cáncer como causa principal de morbilidad y mortalidad en la población neuquina con la consecuente preocupación por los elevados costos para los pacientes y sus familias.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país, como en el resto de las sociedades desarrolladas. Una consecuencia de la carga que para la sociedad representa el cáncer, ha sido la elaboración de políticas supranacionales, incluyendo la OMS, el Parlamento y la Unión Europea, y nacionales, tanto en Argentina como en otros países, así como por las comunidades autónomas. El área del cáncer engloba una serie de unidades asistenciales que dan soporte a la atención de los pacientes con cáncer. Estas unidades se agrupan en torno a bloques de procesos asistenciales, que comparten características en cuanto al tipo de patologías tratadas, su forma de presentación, su gestión clínica y los recursos que su atención requiere. En Argentina existe el Instituto Nacional del Cáncer que es un ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, creado el 9 de septiembre de 2010 por Decreto presidencial 1286, es el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Entre sus funciones, el INC es el encargado de coordinar acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, así como también la investigación del cáncer en Argentina y la formación de recursos humanos. Sus actividades incluyen el desarrollo de normativas para la asistencia integral de los pacientes con cáncer, la promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo, la definición de estrategias para la prevención y detección temprana, la formación de profesionales especializados y el establecimiento de un sistema de vigilancia y análisis epidemiológico.

La creación del INC en Argentina significó colocar al cáncer en un lugar de suma relevancia dentro de la agenda sanitaria de Gobierno. Su existencia implica la coordinación de políticas públicas específicas a nivel nacional y el trabajo en consonancia con las instituciones pares de la región y del mundo, mediante el intercambio de experiencias, capacidades y esfuerzos.

Las unidades asistenciales del área del cáncer responden a dos criterios: uno fisiopatológico, ya que atienden a pacientes que padecen enfermedades comprendidas dentro del Grupo II de la

clasificación internacional de enfermedades; el segundo, de especialidad, al referirse a los recursos específicos (especializados) para atender a estos pacientes, si bien las unidades oncológicas deben integrar y/o coordinarse con recursos no específicos, como pueden ser, entre otros, los de atención primaria, unidades de medicina interna u otras especialidades médicas o quirúrgicas, anatomía patológica, bloque quirúrgico o cuidados paliativos. La supervivencia de los pacientes con cáncer es el indicador más importante de la efectividad del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer.

En la actualidad el plan de tratamiento depende principalmente del tipo y del estadio de la enfermedad. Los médicos consideran también la edad del paciente y su estado general. Con frecuencia, el objetivo del tratamiento es curar el cáncer, sin embargo en otros casos el objetivo es paliativo, es decir, controlar la enfermedad o reducir los síntomas el mayor tiempo posible. Creemos que la creación de centros oncológicos en cada uno de los nodos regionales de la Provincia, sumado uno exclusivamente para abordar el cáncer infantil, constituirá una herramienta sumamente útil tendiente a incrementar la cantidad y la calidad de estos tipos de tratamientos brindados a la población, además de evitar el desarraigo y la separación de los seres queridos por el tiempo que dure el proceso. Siendo la primer e ineludible etapa en el camino del mejoramiento en su calidad de vida, al mejorar la oferta de este tipo de asistencia estaremos liberando el cuello de botella existente en el Hospital Regional Castro Rendón, el cual es actualmente el único que ofrece este servicio, permitiendo que muchas más personas puedan recibir asistencia médica e iniciar en mejores condiciones físicas y emocionales el tratamiento oncológico que corresponda, terminando con la actual inequidad al garantizar el acceso al servicio a todos los neuquinos que lo necesiten.

Se pide además que se construya un Centro Oncológico Pediátrico para la región, porque no hay. Recién en Comodoro Rivadavia se abrió uno el año pasado por iniciativa de los profesionales médicos del Hospital Regional. Para los que vivimos en la zona, sabemos que en general estos casos se terminan resolviendo en Buenos Aires, debiendo las familias trasladarse por el tiempo que dure el tratamiento. Hay que pagar alquiler y, en caso de tener más hijos, dejarlos solos o al cuidado de alguien.

Asimismo la implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información que se le facilite en cada centro oncológico durante el proceso asistencial debe ser clara, precisa y suficiente.

En cuanto a los profesionales que atienden a pacientes al final de la vida deben conocer cuándo y cómo se construye una planificación avanzada. El clínico que atiende a un paciente y que cree que no sería ninguna sorpresa que falleciera en los próximos 6 meses tiene que disponer de una planificación avanzada de sus cuidados, y también necesitan que el paciente esté lo menos alterado posible, alteración tal que en la mayoría de los casos empeora al viajar cientos de kilómetros para sus vitales tratamientos.

A su vez, establecemos como principios establecidos en la Declaración de Lisboa, también conocida como Declaración de los Derechos del Enfermo, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial de Lisboa, Portugal, en octubre del año 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General en Bali, Indonesia, en septiembre de 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, en Santiago, Chile, en octubre del año 2005.

Además, se promueve la creación de equipos interdisciplinarios, como lo indica la práctica moderna de la atención de pacientes oncológicos, que posean estabilidad laboral, dedicación exclusiva y capacitación permanente, a efectos de lograr crear equipos altamente cualificados de los cuales se pueda aprovechar y capitalizar la acumulación de experiencia en beneficio de los pacientes y prestigiando nuestro Sistema de Salud público.

Respecto a las capacitaciones, se considera que la capacitación del personal manipulador representa un aspecto clave. Se debe tener en cuenta que, aunque el nivel de exposición a drogas oncológicas y otras complejas depende del número de preparaciones que se realizan al día, en ocasiones el nivel de exposición tiene más relación con el modo de realizar el trabajo y con el cumplimiento o no de las medidas de protección. El personal que realice la manipulación debe contar con una capacitación previa sobre las Normas de Manejo de Drogas Citosáticas, conocimiento imprescindible para la realización segura de su trabajo diario. La capacitación debe

incluir conocimientos respecto a las características y naturaleza de los citostáticos, riesgos de exposición, medida de protección, técnica de manipulación, metodología del trabajo y actuación en caso de exposición a los fármacos entre otros.

Por todo lo expuesto, porque es urgente la necesidad de satisfacer esta demanda de atención y porque la Provincia del Neuquén debe dar una respuesta inmediata a esta problemática, es que solicitamos a los miembros de esta Legislatura que acompañen con su voto el presente Proyecto de Ley.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	102
PROYECTO N°	14160
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita a la Municipalidad de Buta Ranquil, a la Subsecretaría de Recursos Hídricos y al Ente Provincial de Agua y Saneamiento (EPAS), que arbitren los medios necesarios para la instalación de una planta potabilizadora de agua en el paraje Laguna Auquinco, con el objeto de garantizar el acceso al agua potable de la comunidad.

Observaciones:

16/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

NEUQUÉN, 11 de Marzo de 2021.-

SEÑOR PRESIDENTE:

Cr. Marcos Koopmann

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara, con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del presente proyecto de resolución.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludar a Ud. muy atentamente.

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio Daniel
2021.03.14
22:24:50
-03'00'

MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.15
09:29:18 +09'00'

RIOSEC
O Teresa
Firmado
digitalmente por
RIOSECO Teresa
Fecha:
2021.03.15
08:26:16 -03'00'

PARRILLI
Maria Lorena
Firmado digitalmente por
PARRILLI Maria Lorena
Fecha: 2021.03.15
17:46:48 -03'00'



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

RESUELVE:

Artículo 1º: Requerir a la Municipalidad de Buta Ranquil, a la Subsecretaría de Recursos Hídricos dependiente del Ministerio de Energía y Recursos Naturales y al Ente Provincial de Agua y Saneamiento (EPAS) arbitren los medios necesarios para la instalación de una planta potabilizadora de agua en el Paraje Laguna Auquinco, a los fines de garantizar que se encuentre apta para el consumo de sus pobladores y su uso en las actividades diarias de dicha comunidad.

Artículo 2º: Comuníquese a la Municipalidad de Buta Ranquil, a la Subsecretaría de Recursos Hídricos dependiente del Ministerio de Energía y Recursos Naturales y al Ente Provincial de Agua y Saneamiento (EPAS).-



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

FUNDAMENTOS:

El Paraje Laguna Auquinco se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Chos Malal (40 km), la mayoría de sus pobladores alrededor de unas cuarenta (40) familias, se dedican a la actividad ganadera (crianza de chivos), cuenta con la escuela primaria N° 251 y un puesto sanitario.

Además de los inconvenientes por la falta y el déficit en la provisión del suministro eléctrico, los vecinos de dicha comunidad han manifestado tener problemas con el abastecimiento del agua como así también sus dudas respecto de la potabilidad de la misma, cabe destacar que consumen agua de pozo o perforación.

Por dicho motivo, en el año 2020, se solicitó a la Subsecretaría de Recursos Hídricos¹ un pedido de informes para conocer si se había realizado un análisis del agua para consumo humano, en qué fecha, con qué periodicidad se efectuaron los controles, cuál es el proceso de potabilidad que utilizan, entre otros ítems. No obstante ello, la situación subsiste en la actualidad.

Por ello, urge para la comunidad la instalación de una planta potabilizadora de agua a los fines de garantizar que el agua se encuentre apta para el consumo y su uso en las actividades diarias.

Solicitamos a las autoridades correspondientes, las gestiones necesarias a los fines de garantizar el derecho al acceso al agua para dicha población siendo fundamental para mejorar su calidad de vida, los niveles de higiene, la salud y el desarrollo productivo de su actividad ganadera.

El Comité del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CPIDESC) en la Observación General N° 15,² sostiene que: ***“El agua es un recurso natural limitado y un bien público fundamental para la vida y la salud. El***

¹ Proyecto de Resolución N° 13.731, Expte. D-674/2020.-

² En el 29º Período de Sesiones del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, realizado en Ginebra del 11 al 29 de noviembre de 2002, emitió la Observación General N° 15.

derecho humano al agua es indispensable para vivir dignamente y es condición previa para la realización de otros derechos humanos”.

El Comité agrega: ***“El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico.”***

Solicitamos a los organismos públicos correspondientes brinden una pronta solución para dicha comunidad. Por todo lo expuesto, solicito a mis pares su acompañamiento.

Año: 2021

DIPUTADOS

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXPTE. N°	103
PROYECTO N°	14161
CARÁCTER	Resolución

EXTRACTO:

Por el cual se solicita al Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN), arbitre los medios necesarios para dar solución al déficit en el suministro de energía eléctrica, del paraje Laguna Auquinco.

Observaciones:

16/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

NEUQUÉN, 11 de Marzo de 2021.-

SEÑOR PRESIDENTE:

Cr. Marcos Koopmann

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara, con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del presente proyecto de resolución.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludar a Ud. muy atentamente.

FERNANDEZ
DEZ
Eduardo
Sergio
Daniel
2021.03.14
22:23:18
-03'00'

PARRILLI
Maria Lorena
Firmado digitalmente
por PARRILLI Maria
Lorena
Fecha: 2021.03.15
17:45:27 -03'00'

MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio

Firmado digitalmente por
MANSILLA GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.15 09:29:59 +09'00'

RIOSECO
O
Teresa
Firmado
digitalmente por
RIOSECO Teresa
Fecha:
2021.03.15
08:24:23 -03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

R E S U E L V E:

Artículo 1º: Requerir al Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN) arbitre los medios necesarios para la solución urgente al déficit en el suministro de energía eléctrica en el Paraje Laguna Auquinco, atento sus pobladores necesitan su restablecimiento de manera inmediata a los fines de lograr mejorar su calidad de vida.

Artículo 2º: Comuníquese al Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN).-



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

FUNDAMENTOS:

El Paraje Laguna Auquinco se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Chos Malal (40 km), la mayoría de sus pobladores se dedican a la actividad ganadera (crianza de chivos), cuenta con la escuela primaria N° 251 y un puesto sanitario.

Desde el año 2018, el déficit y la falta de provisión del suministro eléctrico ha generado serios inconvenientes, dado que la micro central hidroeléctrica dejó de funcionar se les dificulta la conservación de los alimentos, medicamentos y desarrollar la producción de la que se sustentan (faena de chivos), entre otros.

Cabe destacar que el 10 de abril de 2018 se presentó el proyecto de comunicación N° 11.580 sobre esta problemática y que el 04 de julio de 2018 asistieron las autoridades del Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN) a la Comisión de Hidrocarburos, Energía y Comunicaciones para debatir dicho proyecto legislativo.

Sin embargo, la situación subsiste. Asimismo, el 08 de septiembre de 2020 mediante el proyecto de comunicación N° 13.733 se solicitó al Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN) información sobre cuáles fueron los motivos por los que la micro central hidroeléctrica dejó de operar; cuándo se restablecería el servicio; cuánto sería el costo de reparación para que la misma vuelva a operar; con qué proveen energía actualmente a sus pobladores y cuál sería el costo de generación (\$/kwh), entre otras consultas.

La situación se mantiene en la actualidad, por lo que los vecinos piden nuevamente tener luz las veinticuatro (24) horas, siendo que sólo tienen el servicio durante ocho (8) horas al día mientras el tendido eléctrico de media tensión se encuentra a sólo 12 kilómetros.¹

La comunidad lleva cuarenta (40) años pidiendo los servicios de agua, luz, internet y la regularización de la tenencia de las tierras, entre otros reclamos.

¹ Medio de comunicación Reflejo Neuquino.-



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

El suministro eléctrico es clave para mejorar la calidad de vida de las personas, los niveles de higiene, la salud y la educación, también para el desarrollo productivo de su actividad ganadera y para la creación de trabajos de actividades no agrícolas.

El norte neuquino continua siendo una zona postergada, la situación del servicio eléctrico del Paraje Laguna Auquinco es un ejemplo claro, por ello, solicitamos nuevamente al Ente Provincial de Energía del Neuquén (EPEN) arbitre las medidas necesarias para brindar una pronta solución a la comunidad.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares su acompañamiento.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	105
PROYECTO N°	14163
CARÁCTER	<i>Declaración</i>

Iniciador:

Caparroz Maximiliano (MPN); Du Plessis María Laura(MPN); Abdala Lorena Vanesa(MPN); Chapino Germán Armando(MPN); Gaitán Ludmila (MPN); Murisi Liliana (MPN); Ortuño López José Natalio(MPN); Rivero Javier Alejandro(MPN); Villone María Fernanda (MPN); Gallia Fernando Adrián (FRE.NU.NE); Riccomini Carina Yanet(JUN)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo la labor cultural llevada adelante por Dara Noemí Villar -la Chaparrita de la Comarca Petrolera- como cantante, compositora y autora.

Observaciones:

18/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Juntos

Neuquén, 10 de marzo de 2021

Señor Presidente

Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Cr. Marcos Koopmann

Su Despacho

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted y por su intermedio a la Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén, con el objeto de remitir para su tratamiento, el siguiente proyecto de Declaración.

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente.

RIVERO
Javier
Alejandro
o

Firmado digitalmente por RIVERO Javier Alejandro
Fecha: 2021.03.12 11:02:59 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano
o Jose

Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.11 16:52:16 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet

Firmado digitalmente por RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.11 14:43:13 -03'00'

MURISI
Liliana
Amelia

Firmado digitalmente por MURISI Liliana Amelia
Fecha: 2021.03.15 09:45:13 -03'00'

VILLONE
Maria
Fernanda

Firmado digitalmente por VILLONE Maria Fernanda
Fecha: 2021.03.15 11:33:37 -03'00'

ABDALA
Lorena
Vanesa

Firmado digitalmente por ABDALA Lorena Vanesa
Fecha: 2021.03.15 12:15:35 -03'00'

GAITAN
Ludmila

Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.15 09:37:40 -03'00'

CHAPINO
Germán
Armando

Firmado digitalmente por CHAPINO Germán Armando
Fecha: 2021.03.15 12:58:43 -03'00'

DU
PLESSIS
Maria
Laura

Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.15 12:28:25 -03'00'

ORTUÑO
LOPEZ
Jose
Natalio

Firmado digitalmente por ORTUÑO LOPEZ Jose Natalio
Fecha: 2021.03.15 12:43:04 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian

Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.16 13:16:18 -03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Juntos

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

DECLARA

Artículo 1.º De interés del Poder Legislativo la labor cultural llevada adelante por Dara Noemí Villar -la Chaparrita de la Comarca Petrolera- como cantante, compositora y autora.

Artículo 2.º Comuníquese a Dara Noemí Villar.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Juntos

FUNDAMENTOS

Dara Villar nació en Cutral Co el 30 de diciembre de 2009. Su mamá bisnieta de MELINAO, lleva la descendencia mapuche en su sangre.

Su carrera artística comenzó a los 5 cuando una amiga de la familia que trabajaba en la Dirección de Cultura, por casualidad la escucho cantar. Fue así como ella le hablo a los padres sobre el talento que tenía la nena y a partir de ahí nunca dejo de cantar. En el 2015 hizo su primera presentación en el Cine Teatro Español de Neuquén en 2015.

También realizó una gira en distintas localidades de la Provincia y ha recorrido festivales a lo largo del país. El salto internacional lo dio en Chile a los 8 años, donde consiguió su primer contrato con una productora por espacio de un año.

En plena pandemia, en noviembre de 2020, fue declarada Personalidad Destacada por el Concejo Deliberante de Cutral Co en virtud de su precoz talento como cantante, compositora y autora. Además reconocieron su enorme desempeño como embajadora de la cultura a nivel nacional e internacional.

Asimismo, Dara Villar compuso un tema relacionado con la pandemia. La canción se llama "Amigo, voy a darte un buen consejo". El video con su interpretación recorre el mundo. La han entrevistado de distintas provincias y distintos países, entre ellos Colombia, México, Australia, España y Chile.

El repertorio de Dara es amplio. Hace folclore y melódico, aunque las rancheras le han dado el reconocimiento masivo.

El pasado 21 de febrero, representó a la Argentina en la 1° Maratón musical de talentos Kids México. Asimismo, Dará recibió el premio Estrellas Argentinas Internacionales, es reportera de Televisa en Puerto Rico en KID'S & TEEN ON TV INTERNACIONAL, y conductora en el programa Estrellas de la Música. Además Participa en el Mundial Colectivo Cultural y es jurado en un concurso de ESTRELLAS ARGENTINAS INTERNACIONALES.



***Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Juntos***

Es muy importante apoyar y fomentar los dones artísticos que poseen niños, niñas y adolescentes. Esto los motiva, permitiéndoles desarrollarse haciendo lo que les gusta, crecer, elevar su autoestima, y poder comunicarse mejor.

Por todo lo expuesto es que solicitamos el acompañamiento, en el presente proyecto de declaración.

Año: 2021

DIPUTADOS

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXPTE. N°	109
PROYECTO N°	14166
CARÁCTER	Declaración

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo el 24.º aniversario del crimen de Teresa Rodríguez, ocurrido en la pueblada de las localidades de Cutral Có y Plaza Huinul, a conmemorarse el 12 de abril de 2021.

Observaciones:

19/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

NEUQUÉN, 18 de Marzo de 2021.-

SEÑOR PRESIDENTE:

Cr. Marcos Koopmann

Tengo el agrado de dirigirme a usted —y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara— con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Declaración.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para saludarlo muy atentamente.

PARRILLI
María Lorena

Firmado digitalmente
por PARRILLI María
Lorena
Fecha: 2021.03.18
19:46:13 -03'00'

MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.19
03:34:04 +09'00'

RIOSEC
O Teresa

Firmado
digitalmente por
RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.19
09:56:20 -03'00'

FERNANDEZ
Eduardo
FERNANDEZ
Sergio Daniel
2021.03.19
08:38:05
-03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

DECLARA:

Artículo 1º: Rememorar el 24º Aniversario del crimen de Teresa Rodríguez, asesinada durante la represión perpetrada por Fuerzas de Seguridad provinciales y nacionales, a la pueblada de los vecinos de las localidades de Cutral Có y Plaza Huinul, consecuencia de los despidos masivos por la privatización de las empresas públicas de petróleo y gas natural, YPF y Gas del Estado, a conmemorarse el 12 de abril de 2021.-

Artículo 2º: Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial, a las Municipalidades de Cutral Có y Plaza Huinul, a los Concejos Deliberantes de Cutral Có y Plaza Huinul y al señor Miguel Rodríguez.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

FUNDAMENTOS:

El presente proyecto tiene por finalidad declarar de interés la conmemoración del 24° Aniversario del asesinato de Teresa Rodríguez, ocurrido en el contexto de una represión por parte de Gendarmería Nacional y Policía de la provincia, a la pueblada que llevaban adelante los vecinos de las localidades de Cutral Có y Plaza Huíncul, sucedido el 12 de abril 1997.

El país estaba bajo el gobierno de Carlos Menem y en la provincia gobernaba Felipe Sapag, el pueblo sufría las consecuencias de la aplicación de políticas neoliberales que implicaron la privatización de YPF dejando sin empleo a miles de trabajadores y la implementación bajo las órdenes del Banco Mundial de la Ley Federal de Educación que significaba la flexibilización de las condiciones laborales de los docentes.

Los vecinos de la comarca petrolera reclamaban por los puestos de trabajo perdidos luego de los despidos masivos dispuestos con la privatización de las empresas públicas de petróleo y gas natural, YPF y Gas del Estado, las puebladas se produjeron en los años 1996 —primera pueblada— y la segunda que se extendió entre el 9 de abril y el 18 abril de 1997.

También el sindicato ATEN realizaba piquetes en toda la provincia, así fue como estudiantes secundarios, padres y la comunidad en general cortaron la Ruta Nacional 22 en solidaridad con la lucha docente y sumando su reclamo por la necesidad de trabajo ante la desocupación que afectaba a la mayoría de los vecinos, quienes se mantuvieron con firmeza en su protesta a pesar de las intimaciones judiciales y las presiones del gobierno neuquino.

Así fue como el 12 de abril de 1997, por orden por el gobierno neuquino, se produjo la brutal represión a docentes y pobladores de Cutral-Có y Plaza-Huíncul, que terminó con la vida de la joven trabajadora, Teresa Rodríguez.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque FRENTE DE TODOS

Teresa era madre de tres niños que ese día regresaba a su hogar luego de cumplir su jornada de trabajo como empleada doméstica. En el trayecto fue alcanzada por una bala 9 milímetros, luego se determinó que provenía de la Policía provincial.

Así recuerda aquella jornada, Ariel Petruccelli en el libro *Docentes y Piqueteros*: “*A las 5:35 los gendarmes, que avanzaban ‘peinando’ el terreno circundante a la ruta con poderosas linternas, apoyados por un carro hidrante y una topadora, pertrechados con los habituales cascos, escudos, bastones, lanzagases y balas de goma, llegaron al piquete número uno e intimaron a los manifestantes a despejar la ruta*”.

“*En Huinul la policía intervino con ferocidad*”; Y la ferocidad de las fuerzas de seguridad se cobraría una víctima fatal. “*A las 9:20 en las inmediaciones del barrio Otaño, sobre la Ruta provincial 17, una bala calibre nueve milímetros disparada por un policía impactó en el cuello de una mujer, “Teresa Rodríguez”, quien moriría horas después.*”

El nombre y la memoria de Teresa Rodríguez se convirtió en una bandera en todo el país que reivindicó la lucha y la resistencia en los años '90 a las políticas del neoliberalismo por parte de los movimiento sociales, sindicales y de derechos humanos, su muerte injusta aún continúa impune.

Por todo lo mencionado, solicitamos a nuestros pares su acompañamiento en el presente proyecto de declaración.

contactos@ciudadanianqn.gob.ar
secadm.intendencia@municco.gov.ar
intendente@plazahuinul.gov.ar
presidencia@cutralco.gov.ar
presidencia@copelnet.com.ar

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	110
PROYECTO N°	14167
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita a la Dirección Provincial de Vialidad (D.P.V.) que arbitre los medios necesarios para la construcción de un puente sobre el río Agrio, ubicado en el paraje Huarenchenque, y la mejora de los caminos que lo comunican con las localidades de Las Lajas y Loncopué.

Observaciones:

19/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

NEUQUÉN, 18 de Marzo del 2021.-

SEÑOR PRESIDENTE:
Cr. Marcos Koopmann

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted —y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara— con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Resolución.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para saludar a usted muy atentamente.

PARRILLI
Maria Lorena
Firmado digitalmente por
PARRILLI Maria Lorena
Fecha: 2021.03.18
19:47:35 -03'00'

MANSILLA
GARODNIK
Mariano Victorio
Firmado digitalmente por
MANSILLA GARODNIK
Mariano Victorio
Fecha: 2021.03.19 03:33:25
+09'00'

RIOSECO
Teresa
Firmado digitalmente
por RIOSECO
Teresa
Fecha:
2021.03.19
09:55:13 -03'00'

FERNANDEZ
Eduardo
FERNANDEZ
Sergio Daniel
2021.03.19
08:39:30
-03'00'



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

R E S U E L V E:

Artículo 1º: Requerir a la Dirección Provincial de Vialidad (D.P.V.) arbitre los medios necesarios para la construcción de un puente sobre el río Agrio ubicado en el paraje Huarenchenque, en virtud del deterioro y mal estado de la actual pasarela Huarenchenque y la mejora de los caminos que lo comunican con las localidades de Las Lajas y Loncopué.

Artículo 2º: Comuníquese a la Dirección Provincial de Vialidad (D.P.V.).



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

FUNDAMENTOS

El paraje Huarenchenque se encuentra ubicado en la provincia del Neuquén, a cuarenta (40) kilómetros de Las Lajas y a treinta (30) kilómetros de Loncopué, allí vive la comunidad Mellao Morales.

En los últimos días, se ha difundido a través de los medios de comunicación¹, las dificultades que tienen sus pobladores para atravesar la pasarela Huarenchenque. Han manifestado que se encuentra en total deterioro siendo sumamente peligrosa, en especial cuando las condiciones climáticas son adversas (viento, frío, lluvias) *“la pasarela se mueve para todos lados, en cualquier momento se quiebra”*.²

Por ello, reclaman desde hace varios años la construcción de un puente y la mejora de los caminos que son de ripio y permiten llegar a Las Lajas y a Loncopué.

La situación se agrava en los casos de emergencia también, puesto que es difícil el acceso de ambulancias al lugar o trasladar pacientes enfermos por la pasarela.

También para los niños, niñas y adolescentes de la comunidad que deben ir a la escuela, los padres indicaron que a veces deben volver de noche y en algunas oportunidades han tenido que cruzar arrastrándose por la pasarela para no caerse, sienten temor por el peligro para la vida que representa.

En el año 2017, la Legislatura provincial sancionó la Resolución N° 949 mediante la cual se solicitó a la Dirección Provincial de Vialidad (DPV) la realización de un proyecto de obra para construir un puente para el paso vehicular sobre el río Agrio, donde se encuentra la pasarela Huarenchenque. A pesar de ello, todavía la obra no se inició.

¹ Telefó Neuquén: *“Huarenchenque: Piden la construcción de un puente”* (02/03/21).-

² Ídem anterior.-



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

Es necesario dar respuesta a las demandas de la comunidad de Huarenchenque, siendo que lleva varios años solicitando la realización del puente que permitirá mejorar las vías de comunicación con otras zonas, reducir el tiempo de traslado y fundamentalmente garantizar el derecho a la vida, la salud, la educación y la seguridad de sus pobladores.

Por todo lo mencionado, solicito el acompañamiento de mis pares.

Año: 2021

DIPUTADOS

Iniciador:

Coggiola Carlos Alberto(PDC)

EXPTE. N°	112
PROYECTO N°	14169
CARÁCTER	Ley

EXTRACTO:

Por el cual se crea la Defensoría Civil N.º 11 descentralizada, con asiento en la ciudad de Plottier, en la I Circunscripción Judicial de la provincia.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Neuquén, 20 de marzo de 2021.-

**Al Señor Presidente de la
Honorable Legislatura Provincial
Cr. Marcos Gabriel Koopmann Irizar
SU DESPACHO**

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara, para solicitarles tengan a bien considerar el tratamiento del proyecto de ley de creación de una Defensoría Civil con asiento en la ciudad de Plottier.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para saludarlo muy atentamente

COGGIOLA
Carlos
Alberto

Firmado digitalmente
por COGGIOLA Carlos
Alberto
Fecha: 2021.03.20
12:51:58 -03'00'

 **Bloque Partido Demócrata Cristiano**



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
SANCIONA CON FUERZA DE
LEY:

Artículo 1.º Créase en la I Circunscripción Judicial de la Provincia de Neuquén, una (1) Defensoría Civil con asiento en la ciudad de Plottier, denominada Defensoría Civil N° 11 Descentralizada.

Artículo 2.º La Defensoría creada en el artículo 1º entrará en funcionamiento dentro de los noventa (90) días de sancionada la presente Ley.

Artículo 3.º Créase en la planta de personal permanente del Poder Judicial un (1) cargo de Defensor Civil, con destino a la Defensoría creada por la presente Ley.

Artículo 4.º La Defensoría Civil Descentralizada creada en el artículo 1º tendrá asiento de sus funciones en la ciudad de Plottier y tiene como misión prestar asistencia jurídica a los habitantes de las localidades de Plottier y Senillosa, sin perjuicio de las otras funciones que reglamentariamente le asigne el Tribunal Superior de Justicia.

Artículo 5.º El gasto que demande la aplicación de la presente Ley será imputado al Presupuesto del Poder Judicial.

Artículo 6.º Comuníquese al Poder Ejecutivo.



Bloque Partido Demócrata Cristiano



FUNDAMENTOS

El crecimiento demográfico del que han sido protagonistas en los últimos tiempos el conglomerado integrado por las localidades de Plottier y Senillosa, hace necesario brindar a sus habitantes de los sectores más vulnerables un servicio de justicia eficiente y eficaz, que atienda y conozca la realidad social de estas poblaciones y atienda sus necesidades.

La presencia en la localidad de Plottier de una Defensoría Civil otorgará a sus funcionarios inmediatez con dicha realidad, propendiendo a garantizar el derecho de sus habitantes al acceso a la justicia en condiciones de mayor igualdad con el resto de los habitantes de la primera circunscripción judicial.


Estas defensorías cuentan entre sus funciones con la de asistir como primer resorte del sistema judicial a las víctimas de violencia familiar y/o de género, problemática que toda la sociedad coincide que debe ser atendida por el Estado con todos los recursos disponibles y la creación de la Defensoría propiciada en esta Ley constituye un avance en este sentido, asumiendo que los aberrantes femicidios de los que nuestra provincia ha sido escenario, han desnudado tantas veces las falencias del sistema estatal de prevención en materia de violencia de género, sea en sede administrativa, como en sede judicial.-

La problemática de violencia familiar requiere de una especialísima atención y de una permanente revisión, de manera que se articulen en forma eficiente todas las herramientas jurisdiccionales y administrativas preventivas y sancionatorias, y se creen todas aquellas que coadyuven a lograr el objetivo final de erradicar definitivamente dicha violencia de nuestra sociedad.-

Los sectores más postergados y vulnerables de nuestra sociedad requieren de la asistencia de las Defensorías Civiles para lograr la protección de sus derechos, y entre ellos de los de la relevancia y trascendencia que los procesos de familia en general, y los de violencia familiar en particular, procuran proteger. Esto es la integridad y la vida misma de las víctimas de violencia, lo que exige de todos los poderes del estado y del judicial en particular el mayor esfuerzo y compromiso, por lo debe dotarse a este último Poder de todas las herramientas posibles para lograr su misión.

En esta inteligencia resulta fundamental la creación de una Defensoría Civil en la localidad de Plottier, de manera de dar adecuada asistencia letrada y patrocinio a sus habitantes de modo de obtener una respuesta efectiva y oportuna a las sensibles problemáticas que se plantean ante las mismas.

Debemos dar respuesta a la sociedad que requiere un servicio de Justicia que cumpla con las premisas de igualdad ante la Ley, facilidad en el acceso a la Justicia y optimización de los tiempos en que se desarrollan los procesos judiciales.

 Bloque Partido Demócrata Cristiano



Tal como lo dispone el Código Civil y Comercial de la Nación, los procesos de familia deben garantizar el fácil acceso a la Justicia, especialmente tratándose de personas vulnerables, y la resolución pacífica de los conflictos, con jueces especializados que cuenten con apoyo multidisciplinario, y cuyas decisiones tengan especial atención en la protección de los derechos de los niños, niñas o adolescentes que puedan estar involucrados en el proceso, y para que todo ello pueda efectivizarse, el justiciable debe contar con el patrocinio y asistencia de un Defensor que lo asista y que el Estado debe proveerle cuando no cuente con recursos para ello.

Por todo lo expuesto, solicitamos el acompañamiento de nuestros pares en el presente proyecto de ley.



Bloque Partido Demócrata Cristiano

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	114
PROYECTO N°	14171
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Campos Elizabeth(PDC); Coggiola Carlos Alberto(PDC)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita al Poder Ejecutivo provincial que, a través del Ministerio de Energía, informe sobre los contratos vigentes de explotación hidrocarburífera, el cumplimiento de las obligaciones asumidas y los aportes efectuados por las empresas concesionarias.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Neuquén, 20 de marzo de 2021.-

**Al Señor Presidente de la
Honorable Legislatura Provincial
Cr. Marcos Gabriel Koopmann Irizar
SU DESPACHO**

Tengo el agrado de dirigirme a usted, y por su intermedio a los miembros de la Honorable Cámara, para solicitarles tengan a bien considerar el tratamiento del proyecto de resolución de pedido de informes sobre concesiones de explotación hidrocarburífera.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludarlo muy atentamente

CAMPOS
Elizabeth
Eleuteria
Firmado digitalmente por
CAMPOS Elizabeth
Fecha: 2021.03.21
13:20:40 -03'00'

COGGIOL
A Carlos
Alberto
Firmado digitalmente por
COGGIOLA Carlos
Alberto
Fecha: 2021.03.20
12:53:09 -03'00'

 Bloque Partido Demócrata Cristiano



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
RESUELVE:

Artículo 1.º Requerir al Poder Ejecutivo Provincial que, a través del Ministerio de Energía, brinde el siguiente informe:

- a) Remita copia de los contratos de explotación hidrocarburífera (petróleo convencional y no convencional, y gas) vigentes a la fecha.
- b) Grado de Cumplimiento de las obligaciones asumidas por las empresas concesionarias.
- c) Aportes efectuados por las empresas concesionarias en el marco de responsabilidad social empresaria.

Artículo 2.º Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

 Bloque Partido Demócrata Cristiano




FUNDAMENTOS

El pasado 4 de marzo el Gobierno de la Provincia de Neuquén anunció la concesión N° 41 de explotación no convencional.-

En el marco de la reactivación de la industria hidrocarburífera y del vencimiento dentro de los próximos años de las primeras concesiones, resulta menester que este Cuerpo conozca no solo los pormenores de las concesiones otorgadas, sino también, y muy especialmente el grado de cumplimiento de las obligaciones asumidas por los concesionarios, en referencia no solo a las inversiones comprometidas sino al cumplimiento de los estándares ambientales.-

Por esta razón, solicitamos a nuestros pares, su acompañamiento al presente proyecto.

 Bloque Partido Demócrata Cristiano

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	115
PROYECTO N°	14172
CARÁCTER	<i>Declaración</i>

Iniciador:

Gutiérrez María Ayelén (FT); Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo la obra escrita "Sistemas de Salud. El Modelo Argentino y el Caso Neuquino", de los Dres. Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 133

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:

BLOQUE FRENTE DE TODOS

NEUQUÉN, 15 de Marzo de 2021

SEÑOR PRESIDENTE:

Por medio de la presente nos dirigimos a usted —y por su intermedio a los miembros de la Cámara— a efectos de remitir el presente Proyecto de Declaración.
Sin otro particular, saludamos a usted muy atentamente.

PARRILLI
Maria Lorena

Firmado digitalmente por
PARRILLI Maria Lorena
Fecha: 2021.03.15
22:41:17 -03'00'

GUTIERREZ
María Ayelén

Firmado digitalmente
por GUTIERREZ
María Ayelén
Fecha:
2021.03.15
22:52:01
-03'00'

MANSILLA
GARODNIK
Mariano
Victorio

Firmado digitalmente
por MANSILLA
GARODNIK Mariano
Victorio
Fecha: 2021.03.16
01:12:15 +09'00'

RIOSECO
Teresa

Firmado digitalmente
por RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.16
10:09:51 -03'00'

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
DECLARA:

Artículo 1º De interés del Poder Legislativo la obra “SISTEMAS DE SALUD. EL MODELO ARGENTINO Y EL CASO NEUQUINO” de Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini.

Artículo 2º Comuníquese al Poder Ejecutivo de la Provincia del Neuquén, Ministerio de las Culturas, a los fines de su incorporación a los registros del organismo para su difusión.

Artículo 3º De forma.

FUNDAMENTOS.

Por medio de la presente, queremos poner a consideración de los miembros de esta Honorable Cámara, la declaración de interés de la obra "SISTEMAS DE SALUD. EL MODELO ARGENTINO Y EL CASO NEUQUINO", de los Dres. Daniel Esteban MANOUKIAN y NASIM IUSEF VENTURINI.

Que se trata de una obra escrita, que se aparece como fundamental para comprender la construcción histórica y conceptual de lo que hoy denominamos Sistema de Salud, a través del análisis del modelo argentino y especialmente, una evaluación del proceso histórico del caso neuquino.

Los autores en este trabajo, además de una rigurosa investigación histórica y con un profuso desarrollo teórico y conceptual, nos invitan a debatir sobre el sistema de salud que nos merecemos, con el objetivo de contagiar la pasión por la construcción colectiva de la salud.

Los autores repasan los arquetipos de la forma en que las sociedades organizan la manera de proveerse de servicios sanitarios, a la vez que revisan la evolución del sistema de salud argentino y aportan una descripción de su estado actual.

La obra es oportuna, teniendo en consideración el enorme esfuerzo sanitario que supone aún, la vigencia de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID 19. Sus efectos sanitarios, sociales y económicos, ponen en evidencia la importancia de contar con unidad de criterio y de mando en situaciones extremas como esta.

Por esa razón, este libro es un llamado más, urgente e impostergable, a la unidad del sistema de salud argentino, bajo la conducción de un estado fuerte y presente.

La lucha social por la salud aún no se ha generalizado. Argentina tiene un extraordinario potencial para conquistar el derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades. La integración inteligente de los recursos disponibles tendrá que ser el desafío a asumir por el conjunto social.

Acerca de los autores.

Daniel Manoukian nació en Buenos Aires en 1959. En 1982 se recibió de médico en la Universidad de Buenos Aires, con diploma de honor.

Completó su residencia médica como especialista en Medicina Familiar y General en Hospital Provincial Neuquén. Es magister en Economía y Gestión en Salud (Universidad ISALUD, Argentina) y en Políticas y Gestión en Salud (Universidad de Bologna, Italia).

Fue médico rural y director de Hospitales de baja complejidad (Tricao Malal, 1987-1991) y mediana complejidad, por concurso (Chos Malal 1991-1993, 1995-2000 y 2004-2006).

Fue responsable de Planificación y Gestión Económico Sanitaria en el nivel central de Salud Neuquén (2001-2004). Ocupó cargo de Secretario de Hacienda y Administración en la Municipalidad de Chos Malal (2006-2011).

En 2013 fue convocado por el Gobierno de Río Negro para asumir como SECRETARIO DE Políticas de Públicas de Salud, DESEMPEÑÁNDOSE LUEGO COMO Delegado Sanitario Federal del Ministerio de Salud de la Nación para la Provincia de Río Negro, hasta enero de 2016.

Fue asesor ad honorem de la Comisión de Salud de esta Legislatura en el período 1999-2003. Integró la Mesa provincial del Movimiento por la Unidad de los Neuquinos desde su creación en el año 2002 y luego del Nuevo Encuentro en Neuquén hasta el año 2019.

Ha publicado numerosos artículos y trabajos en revistas de alcance provincial y nacional, y ha desarrollado acciones vinculadas con el periodismo sanitario en medios de difusión escritos, radiales y televisivos. Actualmente es docente e investigador en la Universidad Nacional del Comahue e integra el CENTRO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS EN SALUD, ECONOMÍA Y BIENESTAR.

Nasim Iusef Venturino, neuquino de nacimiento, migra a la ciudad de La Plata para cursar sus estudios universitarios. Se recibió de Economista en 2017 por la Universidad Nacional de La Plata.

Allí no solo se formó en la universidad, sino también a través de su participación en proyectos comunitarios y colectivos.

Actualmente participa del programa de Radio PROMOCIONANDO LA SALUD impulsado por el colectivo de AUTOCONVOCADOS EN DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON VIH-SIDA, que se transmite por RADIO FUTURA en la Ciudad de La Plata.

Trabaja como asesor económico en la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires y en el Ministerio de Salud de la Nación, en la Comisión de Precios de Medicamentos que depende de la SUBSECRETARÍA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA.

También es investigador en el Centro Universitario de Farmacología. Participa de la RED Pública Argentina de Evaluación de Tecnologías de Salud y de la Red Argentina de Investigadorxs en Salud. Participa como docente invitado de los cursos del CENTRO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS EN SALUD, ECONOMÍA Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE.

Entendemos que la obra trasunta en un valioso aporte para mejor comprender la dinámica teórica y conceptual impresa en el proceso de constitución de nuestros sistemas de salud en la Argentina, y para tomar cabal conocimiento del proceso del caso neuquino, como una referencia ineludible, munida de la mirada de quienes han sido activos protagonistas de nuestro sistema de salud provincial, para pensar y asumir el desafío colectivo que señalan los autores.

Solicitamos a los miembros de esta honorable Cámara su acompañamiento.

Sistemas
de Salud

Sistemas de Salud

El modelo argentino
y el caso neuquino

Daniel Esteban Manoukian
Nasim Iusef Venturini

EDICIONES
ciccus



educo
Editorial Universitaria
Universidad Nacional del Comahue

cin REUN
Red de Editoriales
de Universidades Nacionales
de la Argentina



Ramón Carrillo
Primer Ministro de Salud Pública
de la Argentina
"Padre del hospital público argentino"



**Elsa Moreno
Néstor Perrone**
Creadores del
"Plan de Salud"
de Neuquén en 1970

*Dedicado a aquellas personas
que ofrecen sus deseos, sus sueños y sus cuerpos
por la salud del pueblo.*

Manoukian, Daniel Esteban
Sistemas de salud : el modelo argentino y el caso neuquino / Daniel Esteban Manoukian ; Nasim Josef Venturini. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación CICCUS ; Neuquén : Editorial de la Universidad Nacional del Comahue - EdUCo, 2021.
256 p. ; 23 x 16 cm.
ISBN 978-987-693-838-9
1. Sistemas de Salud. 2. Neuquén. 3. Derecho a la Salud. I. Título.
CDD 362.982

Coordinación, diseño y producción editorial: Andrea Hamid
Corrección: María Walas

© Ediciones CICCUS - 2021
Medrano 288 - CABA (1179)
(54 11) 4981.6318
ciccus@ciccus.org.ar
www.ciccus.org.ar



© Universidad Nacional del Comahue - 2021

Hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro en cualquier tipo de soporte o formato sin la autorización previa del editor.

Impreso en Argentina
Printed in Argentina



Ediciones CICCUS recibió el **Diploma de Honor Suramericano** que otorga la Fundación Democracia desde su Programa de "Formación en Valores en el Mercosur y la Unasur".
Círculo de Legisladores,
Honorable Congreso de la Nación.



Ediciones CICCUS ha sido merecedora del reconocimiento **Embajada de Paz**, en el marco del Proyecto-Campaña "Despertando Conciencia de Paz", auspiciado por la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

ÍNDICE

Palabras preliminares y agradecimientos	15
Prólogo I. Comprender para transformar	21
por Mario Rovere	
Prólogo II. Salud Neuquén, una mirada con el corazón adentro	27
por Adriana Feltri	
Introducción	32
Evocando a Ramón Carrillo	34
La grieta ya existía...	36
¿Por qué es necesario tener una mirada crítica? Un ejemplo	37
Algunos conceptos importantes	40
Proceso salud-enfermedad-cuidado	41
Derecho a la salud y acceso universal	47
¿Salud como derecho o salud como mercancía?, dos modelos	52
Dimensiones para analizar el sector salud	52
Estado de salud	52
Políticas de salud	53
Sistema de salud	54
Sistema de atención médica	56
Fragmentación, segmentación y niveles de análisis	58
Rasgos deseables de un sistema de salud	59
Misión	59
Visión	59
Valores que sustentan el sistema de salud	59
Fundamentos de un buen sistema de salud	62
Cuatro paradigmas contractuales y el proceso de contratación	65
El proceso de contratación	68
Sistemas de salud	70
Actores y roles en un sistema de salud	71
Componentes del sistema de salud	72
Componente político	72
Componente económico	73
Componente técnico	75
Tipos ideales de sistemas de salud	75
Modelo asistencialista	75
Sistema de seguridad social, o bismarckiano	76
Sistema centralizado, o sistema Semashko	78

Sistema universalista, o de los sistemas nacionales, o de Beveridge	78
Sistema de seguros privados	80
Ventajas y limitaciones de los tipos ideales	82
Formas de pago en los tipos ideales	83
Otra clasificación: el modelo Evans	85
Resultados sanitarios en países emblemáticos de cada tipo ideal de sistema de salud	86
Sistema de salud argentino	88
Seis momentos	89
Modelo pluralista no regulado. El Estado liberal (antes de 1945)	89
Leyes obreras de Yrigoyen, la semana trágica y la Patagonia rebelde	90
Los higienistas, las disputas de poder y las mutuales	91
El "bien nacer"	94
Modelo de planificación estatal centralizado	97
El Estado de bienestar (1945-1955)	97
El impulso a la infraestructura sanitaria y la creación de institutos	98
Endemias, epidemias y medicina social	99
Planificación, regulación y construcción de soberanía sanitaria	102
Crece la red pública y la seguridad social	103
Modelo pluralista de regulación descentralizado (1955-1990)	104
Segundo intento en favor de avanzar hacia un sistema universal	109
Último intento de integrar el sistema de salud argentino	112
Modelo pluralista de competencia regulada	114
El Estado neoliberal (1990 - 2003)	114
Recuperación del rol rector del Estado (2002 - 2015)	119
Ginés González García (2002-2007)	120
Juan Luis Manzur (2009-2015)	124
Daniel Gollán (2015)	128
La CUS y la degradación del Ministerio de Salud (2015 - 2019)	134
Jorge Lemus (2015-2017)	134
Adolfo Rubinstein (2017-2019)	139
Caracterización actual del sistema de salud argentino	144
Nota preliminar	144
Descripción general del sistema de salud argentino	145
Algunos datos ilustrativos	148
Ni cobertura universal en base a seguros, ni sistema único: sistema mixto	151
Los trabajadores de salud en Argentina	156
Flujos financieros dentro del sistema argentino de salud	161
La heterogeneidad en números	166
Algo sobre el presupuesto nacional y el destino salud	168
Resultados sanitarios	172

El caso neuquino	178
Situando a Neuquén en la economía argentina	179
Algo de la historia de Neuquén y cómo llegamos hasta aquí	182
Cinco décadas de "Plan de Salud"	192
Evolución de la planificación en salud en la provincia del Neuquén	202
El campo de la salud, la disputa de capitales y la quimera planificadora	203
Etapas de la planificación-decisión en Neuquén	212
Planificación normativa o de los modelos homogéneos (1970-finales de los 80)	212
Decisiones centralizadas, presión periférica (finales de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990)	216
Planificación estratégica con opinión local y coordinación central (2000-2004)	218
El mercado planificando (decidiendo) (2005 a 2019)	219
Plan provincial de salud. ¿Nuevo intento de planificación estratégica o discurso gatopardista? (a partir de 2019)	221
Principales desafíos del sistema de salud neuquino	228
Debilidades del sistema de salud de Neuquén	229
La planificación (decisión) deseable en salud	232
Cerrando para seguir dejando abierta la historia	234
Referencias y fuentes consultadas	238

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Gasto corriente en Salud expresado en porcentaje del PBI	37
Tabla 2. Camas hospitalarias y médicos cada 1.000 habitantes y gasto corriente en salud per cápita en distintos países de América Latina ...	38
Figura 1. Relación sistema de salud, sistema de atención médica y sectores del mismo	57
Figura 2. Fragmentación, segmentación y niveles de análisis e intervención	58
Tabla 3. Atributos del proceso de contratación	69
Figura 3. Componentes del sistema de salud	72
Figura 4. Modelos de financiamiento de sistemas sanitarios	75
Tabla 4. Características de los tres principales tipos ideales de sistemas de salud	82
Tabla 5. Fortalezas y debilidades de los tres principales tipos ideales de sistemas de salud	83
Tabla 6. Ventajas y desventajas de las distintas formas de pago	84
Tabla 7. Modelo de Evans para el análisis de la organización y el financiamiento de los sistemas de salud	85
Tabla 8. Indicadores económicos y sanitarios de algunos países seleccionados, 2017	87
Figura 5. Evolución del coeficiente de Gini en Argentina, 1990-2011	120
Figura 6. Gasto público consolidado en atención de la salud por nivel de gobierno en Argentina, 2003-2014 (en millones de \$ a precios de 2014)	131
Tabla 9. Gasto público consolidado en atención de la salud por nivel de gobierno en Argentina, 2003-2014 (en porcentaje del total)	131
Tabla 10. Algunas leyes impulsadas y aprobadas en el periodo 2002-2015	133
Figura 7. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posnatal cada 1.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2015	133
Tabla 11. Estimación de la población por tipo de cobertura de salud. Argentina, 2003 y 2014	147
Tabla 12. Estructura demográfica según tipo de cobertura en salud. Argentina, 2010	149
Figura 8. Estructura demográfica según tipo de cobertura en salud. Argentina, 2010	150
Figura 9. Organización del sistema de salud en Argentina	151
Tabla 13. Población por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per cápita familiar. Argentina, 2015 (en %)	153
Figura 10. Cobertura en salud (pública y de seguridad social). Argentina, 2017	154
Tabla 14. Gasto en salud según fuente de financiamiento, en millones de pesos corrientes. Argentina, 2017	155

Tabla 15. Gasto público, de seguros sociales y privado, per cápita en \$ y en US\$, y porcentaje del gasto en salud respecto del PBI. Argentina, 2017	156
Tabla 16. Cantidad de enfermeras por médico: algunos resultados preliminares, serie 2001-2016 (en número y en %)	159
Figura 11. Flujos financieros en el sistema de salud argentino, 2010	163
Tabla 17. Gasto público en atención de la salud en las provincias argentinas, 2013	167
Figura 12. Porcentajes del presupuesto nacional para 2019 por áreas	169
Tabla 18. Impacto en la asignación por áreas específicas del ex-Ministerio de Salud de la Nación, según presupuesto aprobado para 2019	170
Figura 13. Representación porcentual del Presupuesto Nacional correspondiente al área del Ministerio de Salud de la Nación (desde 2018 Secretaría de Gobierno en Salud) con las competencias de 2015	171
Tabla 19. Esperanza de vida al nacer (EVN) en países de la región de Las Américas, 2018	173
Tabla 20. Esperanza de vida al nacer en Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba y Argentina en 1967, 1977, 1987, 1997, 2007 y 2017	173
Figura 14. Representación gráfica de los datos de la Tabla 20	174
Figura 15. Tasa de mortalidad infantil por provincias argentinas, 2016	175
Tabla 21. Tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad en menores de 5 años en países de la región de Las Américas	176
Figura 16. Razón de mortalidad materna (por cada 1.000 nacidos vivos), por regiones. Argentina, 2016	177
Tabla 22. Producto bruto geográfico (PBG) per cápita y % del PBG destinado a salud, por provincias. Argentina, 2004	181
Figura 17. Hospitales y zonas sanitarias de la provincia de Neuquén, 2019	190
Figura 18. Facsímil del diario <i>Río Negro</i> del 2 de agosto de 2004	195
Tabla 23. Caracterización de los subsectores de salud en Neuquén según perfil en cuanto a aspectos de regulación, prestación de servicios y financiación	201
Tabla 24. Epistemología de la planificación	209
Figura 19. Tasa de mortalidad infantil en Neuquén (1963, 1970 y 1974), expresada en muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos	216
Figura 20. Plan Provincial de Salud 2019-2023	223
Figura 21. Etapas evolutivas de la planificación (decisión) en salud en Neuquén desde 1970 hasta la actualidad	228



Foto: "La fuerza de la tierra del Pehuen". Volcán Copahue, Neuquén. Daniela Tagle

“Este libro fue escrito con la misma pasión que siento por este oficio, que consiste básicamente en conjugar la intención de contribuir a hacer posible el ejercicio del derecho a la salud con el sueño inagotable de colaborar para mejorar nuestro sistema de salud, para hacerlo cada vez de más calidad y equidad”.

Daniel Esteban Manoukian

Palabras preliminares y agradecimientos

Este texto es el resultado de indagar el tema de la salud durante varios años y de compartir inquietudes al respecto con compañeros y compañeras en instancias de trabajo en terreno, en espacios de reflexión y ámbitos de capacitación y formación.

Este libro fue escrito con la misma pasión que siento por este oficio, que consiste básicamente en conjugar la intención de contribuir a hacer posible el ejercicio del derecho a la salud con el sueño inagotable de colaborar para mejorar nuestro sistema de salud, para hacerlo cada vez de más calidad y equidad.

Esta propuesta que, como dice Mario Rovere, “no es neutral”, intenta una exploración referida a los sistemas de salud, sus historias, sus contradicciones, sus tensiones y las disputas de poder detrás del telón. Es una invitación al diálogo, sin pretensión de verdad, pero con el anhelo de promover un debate que nos movilice a ser mejores.

Terminamos de escribir este texto en el fragor de la pandemia, cargando con la incertidumbre de un final abierto, pero propicio para sostener, más convencidos que antes, que debemos seguir congregando iniciativas y esfuerzos en favor de avanzar hacia un sistema de salud integrado, conducido por el Estado.

En cada momento aprendemos y nos enriquecemos con la mirada, la opinión, el conocimiento y la experiencia del otro. Por esa razón en el agradecimiento debieran entrar todas aquellas personas que nos acompañaron, pero quisiera especialmente mencionar a algunas de ellas.

A Mario Rovere, maestro incansable y compañero leal, ejemplo de compromiso con la causa de la salud con enfoque de derecho, y a Adriana Feltri que nos acompañó en la revisión del texto. Ambos nos honran prologando este libro, agregando contenido valioso que agradecemos.

A Federico Tobar, que con generosidad nos ha compartido material para este libro.

A mis compañeras y compañeros del Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar (Cueseb), con quienes compartimos el anhelo de un sistema de salud más justo.

A la Universidad Nacional del Comahue por aceptar coeditar este texto y asumirlo como una producción más de la universidad pública en favor de la salud colectiva.

A Nasim, por aceptar el convite de ser parte de esta aventura y, a su vez, por invitarme a ampliar la mirada para seguir creciendo.

Daniel Esteban Manoukian

“[...] como decía Freire, ‘las cosas no son así, están así’. Allí se abre la puerta a la creatividad, en donde la necesidad de compromiso para con la realidad que habitamos es inminente y requiere que todos, todas y todes podamos construir los derechos que nos merecemos como comunidad, respetándonos y respetando la madre Tierra”.

Nasim Iusef Venturini

Mientras escribo estas líneas, la humanidad atraviesa la crisis socioeconómica y sanitaria más grande de la modernidad.

Ante eso, respecto de lo que hemos podido describir a modo de invitación al diálogo en torno a los sistemas de salud y de qué significa esa palabra en estos momentos, no podemos afirmar que sea algo estático, ni mucho menos que ésta sea la verdad; solamente es un intento de sistematización de algunos saberes y experiencias y, por sobre todas las cosas, de algunas categorías que nos parece necesario poner en tensión para abordar la dimensión del acceso y de la garantía de la salud como un derecho humano.

El hecho de poner énfasis en la importancia de dimensionar las y los actores que intervienen en el campo de la salud es un intento de poner saberes a dialogar y de esa forma aportar a la construcción de sistemas de salud y de políticas públicas que atiendan las necesidades concretas de las poblaciones y que puedan abordarlas con la complejidad que ello amerita. Buscando desterrar las prácticas que reproducen la desigualdad y la violencia que hoy nos habitan en el cotidiano.

Reconocernos, para repensarnos y rehacerlos, la oportunidad que se abre a partir de la evidente crisis sistémica, invita a aquellos que nos sentimos convocados por las causas sociales a intentar modificar el rumbo de lo establecido porque, como decía Freire, “las cosas no son así, están así”. Allí se abre la puerta a la creatividad, en donde la necesidad de compromiso para con la realidad que habitamos es inminente y requiere que todos, todas y todos podamos construir los derechos que nos merecemos como comunidad, respetándonos y respetando la madre Tierra.

En primer lugar, le agradezco a Daniel por hacerme parte de esta aventura que fue escribir un libro sobre sistemas de salud, el modelo argentino y el caso neuquino, porque realmente es un aprendizaje constante. Es también el ejercicio de reconocer el recorrido de nuestra historia en torno a cómo se fue gestando nuestro sistema de salud, las tensiones evidentes y las voluntades históricas de todos aquellos y aquellas que hicieron de su trabajo un aporte a la construcción de la salud como un derecho en nuestro país.

Agradezco a todas y todos aquellos que me acompañan en el proceso de formación constante que atraviesa un joven a quien le urge la necesidad de vincularse con otros para aportar a la construcción de un sistema de salud que garantice dignidad, en el que no falte la atención para quien la necesite, aceptando que esa atención va más allá del acceso a los servicios de salud o los medicamentos, específicamente, entendiendo a la salud como proceso colectivo, en el cual todas y todos con-

tribuimos a que el proceso de prevención, atención, cuidado y rehabilitación de la salud responda a nuestras necesidades como sociedad.

Un agradecimiento especial a aquellos y aquellas que comparten conmigo sus formas de pensar y sentir, porque es de ahí desde donde se producen los procesos de aprendizaje. Y son estos los que permiten sumar voluntades para aportar a que este trabajo que realizamos pueda ir más allá e interpelar a quienes integran el campo de la salud, y para que sea posible continuar los sueños y anhelos de tantos y tantas que han dejado su huella en los diferentes espacios de la salud pública.

Nasim Iusef Venturini

“Todas las posiciones políticas son respetables, excepto cuando se colocan por fuera de la Constitución Nacional, colocan en suspenso el derecho a la salud y ponen en riesgo la vida de los y las ciudadanas”.

Mario Rovere

PRÓLOGO I Comprender para transformar

Es un gusto y un privilegio prologar el libro de Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Este texto constituye un nuevo y renovado intento por presentar y, al mismo tiempo, convocar a explorar el complejo sistema de salud de la Argentina, en cierto modo mirado desde el interior profundo de nuestro país, desde la periferia hacia el centro, lo que constituye otra forma de analizar.

Contribuye realizar estos recorridos acompañados con la trayectoria de una provincia pionera en la salud pública del país que sin dudas capturó el imaginario sanitario por varias décadas como uno de los modelos integrales orientados a organizar un sistema de salud, si de organizar una provincia se trata.

Conozco a Daniel desde hace muchos años y sé de su perseverante búsqueda de respuestas a los principales interrogantes que abre un sistema de salud que, analizado bajo diferentes perspectivas y desde el nivel local hasta el internacional, ha sido su permanente inquietud.

Este trabajo, posicionado naturalmente desde la perspectiva de los autores, posiblemente no tendrá el agrado de satisfacer a todos los lectores y lectoras, justamente porque el sistema de salud de la Argentina no solo está fragmentado en su base material, en su

propiedad, en su financiamiento, en su modelo prestador, sino también en el caleidoscopio de las miradas que intentan comprenderlo y describirlo para luego sustentar diferentes propuestas de reforma.

Resulta una muestra de coraje hacerlo, además, en el contexto de una pandemia que viene resaltando como nunca antes inadecuaciones, inequidades, injusticias en la accesibilidad y la cobertura para diferentes sectores sociales, para variadas ramas de actividad, para distintos territorios, grupos etarios y planes de salud.

Toda historia se escribe desde un presente y así se percibe desde los primeros rasgos, en el mismo plan de obra, que se introducen algunas categorías que se extienden en el tiempo por fuera de su contexto de producción generando una particular familiaridad con hechos que, sin embargo, hace mucho tiempo han ocurrido.

Sin ser neutral, el trabajo explora y describe diversas gestiones en salud a lo largo del tiempo y en las últimas décadas, lo que suele resultar siempre más riesgoso. Más aún cuando se intenta, en ese esfuerzo, eludir cualquier pretensión enciclopedista de las que esta obra carece.

La referencia al primer y al segundo gobierno peronista es una cita obligada porque nunca antes, ni nunca después se desarrolló una presencia de tal magnitud por parte del gobierno nacional.

Es por eso que en la muy adecuada cita sobre el informe Pedrosa de 1956 se puede verificar hasta qué punto y con qué escasas excepciones se impulsó una estrategia de debilitamiento programada por parte de los diferentes gobiernos, claro que con mayor intensidad en los gobiernos más neoliberales que se sucedieron a lo largo de casi 70 años.

La primera "bomba de fragmentación" es colocada por el gobierno de facto de Pedro Aramburu y la segunda, durante el gobierno de Juan C. Onganía, cuando se procuraba poner en escena experiencias provinciales exitosas tal como ya se había intentado en la actual provincia del Chaco con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El contrapunto con el "caso Neuquén" enriquece en consecuencia el trabajo al mostrar dimensiones políticas que casi asocian el plan de salud con la creación misma de la provincia. Justamente allí se puede ver el "laboratorio" en que devino la provincia, especialmente durante el gobierno de Onganía. El vacío dejado por el peronismo

proscripto y la eterna fantasía de "dar vuelta una página de la historia" movilizaron una vez más a un presidente de facto a imaginar un gobierno tecnocrático, de largo plazo, de imagen y semejanza de la última etapa del dictador Francisco Franco en España.

Las luchas intestinas entre los salubristas de la época, que abrevaban en partidos minoritarios como los del desarrollismo o de la democracia cristiana, pujaban por un modelo que universalizara por la vía de la Seguridad Social –una operación estratégica inspirada en la encíclica *Rerum novarum*, en la que justamente León XIII y el canciller Bismarck convergen en la convicción de que la seguridad social es el mejor antídoto para impedir la radicalización del movimiento obrero–. Era esta, por cierto, una amenaza real cuando a la CGT "dialoguista", por apelar a un término moderado, conducida por Timoteo Vador se le contraponía la CGT de los Argentinos conducida en la época por Raimundo Ongaro.

Eso explica que mientras el ala desarrollista del gobierno de facto alentaba el plan de salud fortaleciendo el sector público, la democracia cristiana debilitara la misma política para impulsar el sistema de obras sociales basado en el Decreto Ley N° 18610 en la provincia y en el país.

No fue entonces sino hasta 1970 cuando Onganía (azules) es desplazado por Roberto Levingston y luego por Alejandro Lanusse en una suerte de golpe dentro del golpe. Otro ala del Ejército toma el control (colorados) y la seguridad social se conmueve con el arribo de otra criatura lejana al espíritu de la N° 18.610: el sistema adoptado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, hoy conocido como PAMI, en sus inicios inspirado en el sistema de salud inglés de *General Practitioners*, traducido en nuestro país como "Médicos de cabecera".

Si uno piensa que luego de la etapa de Carrillo la gestión nacional ha quedado más marcada por la desresponsabilización, en sus discursos y en sus prácticas, que por los intentos de unidad y percibe que la provincia de Neuquén, mediante una razonable combinación técnico-política, logra estabilizar por algunas décadas su plan, el mismo título del libro podría haber quedado invertido en algo así como *El sistema (fragmentado) de la Argentina y el modelo Neuquén*.

Aunque esa tentación podría ser desechada ponderando las marchas y contramarchas que aun con aparente continuidad política sacudieron a la provincia, lo que conduce a la inquietud sobre los rasgos que persisten, los que fueron debilitados y los que, por innovaciones, fueron mejorados.

El proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud (1973-1976) constituye el último intento de organizar el sistema de salud de la Argentina colocando al subsector público en el centro de la escena, una tentación que regresa en todas y cada una de las crisis sanitarias que se han sucedido desde entonces y que siempre logra ser desbaratada.

El texto va mapeando distintos momentos de nuestra historia sanitaria, muchos de los cuales podrían ser, por sí mismo, objeto de seminarios o mesas redondas por su valor de hitos en este sistema de salud tan tironeado como fragmentado "que supimos conseguir". Esos debates y discusiones a los que el libro convida tendrían además un potencial transformador ya que la Argentina, a pesar de su alambicado orden constitucional, no ha renunciado a garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. Al contrario, una terrible pandemia ha venido a resaltar las fallas para concretar los mandatos de aquellos pactos y convenios internacionales asumidos como parte integrante del orden constitucional, que asumen a la salud como un derecho y al gobierno nacional como el garante último para que eso efectivamente ocurra.

La aplicación de una perspectiva histórica a un periodo tan prolongado, pero acercándose tanto al presente, expone la diferencia que existe entre otorgarle un tratamiento objetivo a hechos remotos que incluso otros autores han explorado hasta estabilizar sus relatos en contraste con hechos de la historia reciente en donde la historia deviene casi crónica periodística y todos los hechos y debates muy frescos admiten diversas interpretaciones muchas veces contrapuestas.

Es seguramente lo que ocurrirá con temas como la controvertida Cobertura Universal de Salud, el obstinado rechazo a abrir hospitales casi concluidos o la degradación del Ministerio de Salud de la Nación que caracterizan el conjunto de medidas del último gobierno. Todas medidas que la esgrima verbal de las diversas posiciones políticas podrán denostar o defender. Salvo que en sus consecuencias directas

dejaron debilitado a un sistema de salud que en menos de tres meses tuvo que reorganizarse para enfrentar la más devastadora pandemia en un siglo. Todas las posiciones políticas son respetables, excepto cuando se colocan por fuera de la Constitución Nacional, colocan en suspenso el derecho a la salud y ponen en riesgo la vida de los y las ciudadanas.

Invitamos con entusiasmo a la lectura de este encomiable esfuerzo por parte de los autores y a estimular el debate permanente sobre el sistema de salud que nos merecemos.

Mario Rovere

“Recuperar la historia de los sistemas de salud nos obliga a problematizar los procesos de construcción de sus instituciones, sus formas organizativas, las que persistieron y las transformaciones que generaron las coyunturas históricas que la atravesaron”.

Adriana Feltri

PRÓLOGO II

Salud Neuquén, una mirada con el corazón adentro

Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini me invitaron a escribir un prólogo para su libro *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Dicha invitación me ha honrado y al mismo tiempo desafiado a una mirada crítica de lo escrito por dos personas que tengo el placer de conocer desde hace años.

Daniel es un médico general, con maestría en Economía y Gestión en Salud por la Universidad Iosalud y en Políticas y Gestión en Salud por la Universidad de Bologna, Italia, actualmente avanzando en su doctorado en Ciencias Médicas. Compañero de trabajo en salud en Neuquén, inquieto y proactivo por naturaleza, ha sabido sembrar en sus compañeros una mirada crítica de la realidad que nos atraviesa y de nuestras prácticas en equipo. Nasim, joven entusiasta que, partiendo de Neuquén, concluyó su camino académico de grado en la facultad de Economía de la Universidad Nacional de La Plata, avanzó inmediatamente con su posgrado en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Sumado a lo dicho, no puedo avanzar sin comentar que Nasim es hijo de mi amiga Patricia Venturini y amigo de mis hijas, lo cual representa para mí un orgullo personal, más allá de lo académico. Luego de recorrer lo escrito, los lectores comprenderán la grande y placentera responsabilidad que asumí.

Recuperar la historia de los sistemas de salud nos obliga a problematizar los procesos de construcción de sus instituciones, sus formas organizativas, las que persistieron y las transformaciones que generaron las coyunturas históricas que la atravesaron. Desafía a comprender las relaciones construidas hacia el interior del sistema de salud y entre sus actores y el Estado, con el afán de analizar o al menos identificar el origen de los hechos que afectaron el cumplimiento de las funciones del sistema.

Durante la segunda mitad del siglo XX han ocurrido vertiginosas transformaciones en la organización social y política del mundo. Al mismo tiempo que se desmantelaba el sistema colonial surgían instituciones internacionales y se gestaban las grandes empresas transnacionales que asumían la función de acumulación de capital para la nueva burguesía transnacional. En ese escenario, la salud pública como campo de conocimiento y de práctica social debió enfrentar enormes retos, dado que el inicio de este milenio nos vuelve a colocar ante procesos desafiantes: la globalización y la pobreza.

Los problemas de salud ganan y pierden continuamente lugar en la agenda de los gobiernos. A su vez, los servicios sanitarios se ven necesitados de cambios orientados tanto por factores externos como internos al propio sistema sanitario. Si bien el texto aborda gran parte de la complejidad del tema, es posible, a modo de introducción al mismo, destacar los ejes más importantes, a saber:

a) Los cambios en los patrones demográficos y de morbilidad prevalentes, con énfasis en el envejecimiento de la población, el estancamiento de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de mortalidad por las enfermedades infecciosas. Esto se ha dado en llamar “la transición demográfica y epidemiológica” de los años 70, que en la mayoría de los países de Latinoamérica ha sido tardía e incompleta y ha generado simultáneamente un aumento progresivo y prevalente de las enfermedades llamadas crónicas, un parcial control de las enfermedades infectocontagiosas, sumado al resurgir de ciertos procesos de naturaleza trasmisible y la aparición de nuevos procesos como el sida o el hantavirus, lo cual obliga a un necesario replanteo en los sistemas de atención de salud frente a los nuevos perfiles.

- b) Los cambios mencionados en la situación sociopolítica a escala mundial**, sumado a nuevos criterios de optimización en el funcionamiento de las organizaciones tales como: descentralización, retribución diferenciada mediante incentivos, nuevas modalidades de gestión; a los que se agregan la variación o especialización según niveles de complejidad, nuevos requisitos de calificación de especialidades médicas y de otras profesiones actuantes en salud, así como el replanteo de la distribución de camas, profesionales y técnicos de acuerdo con la necesidad de concentración de tecnología.
- c) Los cambios en las expectativas sociales:** los ciudadanos poseen hoy un nivel de formación e información sin precedentes, dado por la disminución del analfabetismo y el paulatino aumento del número de titulados universitarios; sumado al creciente acceso a variada información de prensa, radio, tv, web, entre otros medios que dieron origen a un cambio de actitud social que repercute directa o indirectamente en la satisfacción de los usuarios. Ello da origen a un aumento en la exigencia de accesibilidad, cualificación del personal profesional, desarrollo clínico de punta, demanda de innovación tecnológica, entre otras.
- d) Los avances tecnológicos** han impactado tanto en los procesos como en los volúmenes de servicios, las mejores tecnologías de tipo diagnóstico y/o terapéuticas no invasivas generaron nuevas áreas y equipos de trabajo, tales como: cirugías cortas de limitada estadía, o ambulatorias, hospital de día, nuevas instalaciones de asistencia ambulatoria, todo lo cual modifica los requerimientos de uso de cama, insumos y equipos de trabajo.
- e) El desarrollo informático**, ligado tanto a información clínica como de gestión, ha dado origen a la conformación y a una capacidad de almacenamiento y análisis de inmensas bases de datos dispuestas y accesibles para consulta, docencia, gestión, que generan también modificaciones en los servicios y, simultáneamente, cambios en las reglas de juego en la relación con los usuarios –accesibilidad, obtención de turnos, disminución del tiempo de espera, entre otros aspectos–.
- f) La necesidad de controlar los costos** de los sistemas sanitarios. En líneas generales se observa un aumento del gasto sani-

tario total en términos absolutos, medido tanto como fracción de Producto Bruto Interno (PBI) como en valores per cápita. Si bien esto exige un análisis pormenorizado, se puede asegurar que no siempre este aumento fue acompañado de mejor rendimiento en salud y/o una mayor satisfacción de los usuarios.

Se han escrito numerosos libros sobre la historia del Neuquén, nos acercamos a través de ellos al período 1884 a 1955, etapa en que fuera aún Territorio Nacional, cuando se realizan las primeras obras de regadío, momento en el que se instalan las primeras colonias agrícolas, con un incipiente desarrollo de la minería del oro y la actividad forestal. En 1918 se descubre el petróleo, lo que abre dos nuevos asentamientos: Cutral C6 y Plaza Huincul. Se empiezan a perfilar como actividades productivas la agricultura de bajo riego, la explotación petrolera en el departamento Confluencia y la ganadería.

Si relacionamos la historia del Neuquén con los períodos históricos argentinos, recién con la llegada del peronismo (1945) se implementaron políticas de bienestar en salud, educación y obras públicas. En pleno auge del desarrollismo, la provincia compartía la concepción del desarrollo, y creaba en 1964 el Consejo de Planificación para el Desarrollo (Copade). Asociado a este nuevo modelo, a partir de los 60 se producirían dos fenómenos importantes para el desarrollo provincial: un crecimiento de la población producto de las migraciones extra provinciales y, por otro lado, el despoblamiento de las áreas rurales y la concentración en núcleos urbanos, todos cambios demográficos que, por ese entonces, generaron transformaciones en los perfiles de salud-enfermedad de la población.

Después de su provincialización en 1957 y tras el primer gobierno en manos de la Unión Cívica Radical, desde 1963 forma parte del lote de provincias en las cuales, hasta la actualidad, no se logró, en sus distintos momentos electorales, una alternancia efectiva en el poder. El Movimiento Popular Neuquino (MPN) es el último de los partidos nacidos de las entrañas del peronismo que ha ganado todas las elecciones que se sucedieron en la provincia desde aquella fecha. En la ininterrumpida continuidad del MPN al frente del ejecutivo provincial, es posible identificar avances y retrocesos a través de los años. En sus orígenes de principios de los 60 se lo puede caracterizar como

un partido de políticas de bienestar. Sus políticas “universalistas” acuñaron el Plan de salud y de vivienda por ese entonces. Este primer tiempo se fue agotando. Como consecuencia de las transformaciones profundas de la economía mundial, a partir de los 90 creció la desocupación en las economías regionales argentinas, Neuquén no ha sido la excepción. Un aporte de jerarquía de este libro es el de caracterizar los vaivenes que han modificado el curso del plan de salud original hasta la actualidad.

Tal cual expresan los autores, este libro fue concebido con un destino especial, en sus propias palabras, “hacia estudiantes de ciencias de la salud, egresados recientes, residentes y en fin, actores vinculados con el campo de la salud”, que inician su camino en el terreno. No hay nada más difícil, a mi modo de ver, que escribir la historia de hechos contemporáneos al escritor/actor, o no tan lejanos a quienes lo relatan, pues en las palabras escritas, como en el acto de acompañar al proceso salud-enfermedad-atención y cuidado, uno pone algo de sí, la valiosa subjetividad.

Como todo relato que involucre tiempo, lugares y personas, habrá otras voces, opiniones, miradas, vivencias, no abordadas por los autores. Con seguridad habrá otros puntos de vista frente al mismo hecho. De eso se trata este libro, mostrar esta mirada compartida por los autores, dejando abierta la puerta para ampliar, profundizar y debatir. Esa es la grandeza de la lectura y escritura, se aprende en el proceso, se mejora con la práctica y el intercambio con los otros.

Gracias por la invitación.

Adriana Feltri

INTRODUCCIÓN

Este texto plantea una mirada crítica respecto del sistema de salud argentino, y del neuquino en particular, a partir de revisar conceptos teóricos vinculados con los sistemas de salud.

Sin hacer un análisis exhaustivo de cada modelo, se repasan los arquetipos de las formas en que las sociedades organizan la manera de proveerse de servicios sanitarios. Luego se revisa la evolución del sistema de salud argentino y se aporta una descripción de su estado actual.

Respecto de Neuquén, se expone la evolución del sistema de salud provincial, su perfil actual y los modelos de planificación (decisión) sanitaria implementados desde la década de 1970 hasta la actualidad.

Intentamos aproximarnos a un campo en franca revisión —especialmente desde finales del siglo XX, cuando se empezó a hablar de procesos de reforma— a través de mencionar algunos conceptos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

Se trata de un texto destinado a estudiantes de ciencias de la salud, egresados recientes, residentes y, en fin, actores vinculados con el campo de la salud, interesados en empezar a escudriñar las diferentes alternativas que las sociedades vertebran para responder a sus necesidades de salud. Es un libro para trabajadores que a diario lidian con los sistemas de salud, con sus formas contradictorias y conflictivas, y asumen el desafío de buscar cómo cuidar la salud de las comunidades ante muchas adversidades.

En un contexto social en el que la transformación de las formas de hacer política pública está siendo atravesada por el respeto hacia las otredades y la erradicación de las violencias en los ámbitos públicos y privados, bajo la influencia de diversos actores que empiezan a empoderarse, seguimos luchando por la construcción de políticas públicas para todas y todos.

Escribimos este texto conjugando la experiencia de alguien que no deja de soñar con la potencia y la creatividad de alguien dispuesto a asumir desafíos vinculados con la salud colectiva. Por esa razón, este libro fue pensado para compartir conceptos e información, pero también para contagiar la pasión por la construcción colectiva de la salud.

Evocando a Ramón Carrillo

La referencia al Dr. Ramón Carrillo no es casual tratándose de este tema, diríamos que es una cita obligada al hablar de planificación de sistemas de salud en Argentina. Carrillo es considerado por muchos como el “fundador del sanitarismo nacional” y el padre del hospital público argentino. Con gran sentido de lo nacional y conciencia de la situación sanitaria de todo el país, encará un proceso revolucionario a mediados del siglo xx (Alzugaray, 1988).

En las 4.000 páginas del *Plan Analítico de Salud Pública* estaban previstas todas las acciones a llevar adelante desde la cartera a su cargo, hasta en sus mínimos detalles. Ramón Carrillo creó y desarrolló la administración sanitaria científica, diseñó hospitales y sus sistemas de administración, encaró el problema de las grandes endemias, incorporó la epidemiología como herramienta en la lucha contra las enfermedades, impulsó la formación de trabajadores de salud y fomentó la investigación.

Amplió la red de hospitales distribuidos en el territorio argentino, aun en pequeños poblados. Un ejemplo de ello es Chos Malal. En efecto, este texto fue escrito en el norte neuquino, desde la histórica capital del entonces Territorio Nacional del Neuquén, que también fue testigo de la gesta del Dr. Ramón Carrillo, ya que por su iniciativa se creó el Hospital Chos Malal en 1947 (Lator *et al.*, 2006).

Carrillo fue más allá y planteó conceptos modernos para la época, que vincularon la acción sanitaria con la política de la seguridad social, el salario y la vivienda, constituyendo la avanzada de la medicina social.

tos para desarrollar un sistema de salud que responda a las expectativas de la comunidad y mejore la salud de todos?

Para contestar estas y otras preguntas nos parece pertinente abordar conceptos teóricos para luego considerar, sin desprendernos de nuestras ideologías, la realidad y las perspectivas de futuro; en fin, analizar el tema con una mirada crítica y, seguramente, formularnos otras preguntas que nos marquen la senda de la investigación-acción.

La grieta ya existía...

En la mitología griega, Higiá (*Hygeia* en latín, *Salus publica populi romani*, diosa del bienestar público de los romanos) fue la diosa de la salud, limpieza e higiene. Se la asoció a la prevención de la enfermedad y la continuación de la buena salud. Su nombre dio origen a la palabra “higiene”.

Panacea (que todo lo cura), también procedente de la mitología griega, fue la personificación de la curación. Más tarde, este sentido se transformó para representar el medicamento capaz de curar todas las enfermedades y la solución de todos los problemas.

Es decir que desde hace mucho tiempo, cuando se intenta abordar la problemática de la salud, las discusiones y las decisiones discurren entre dos opuestos que no siempre logran una postura intermedia. Así, veremos cómo, aun sin explicitarse, el diseño y la ejecución de políticas de salud tienden a propiciar una y/u otra mirada.

Pero esa no es la única grieta, o dicho de otra manera, surgen otras dicotomías cuando se aborda la cuestión sanitaria. Quizás la más relevante sea la que plantea como pares opuestos a la salud como derecho y la que se asume como un bien de mercado. Como en economía, donde no siempre es posible dilucidar en los discursos cuándo se trata de una postura positiva (descriptiva de la realidad) y cuándo de una mirada normativa (lo que el autor considera como el “deber ser”), también en salud es frecuente que los distintos enfoques no estén tan claramente expuestos. Por esta razón, una actitud siempre recomendable es la de animarnos a mirar un poco más allá de lo evidente o declarado.

Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social, y no puede haber medicina social sin una política social del Estado. ¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas – que a veces son cuevas – o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente sus necesidades? ¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil del 300 por mil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría más bien, provincias olvidadas? (R. Alzugaray, 1988: 76).

Con esta concepción integral, y siguiendo la doctrina de la medicina social, la expectativa era remodelar el sistema alrededor de los centros de salud y dispensarios con inserción comunitaria, con médicos “funcionarios” del denominado “ejército de salud”, en contraposición con el hasta entonces modelo del “médico francotirador”, recluido en un consultorio, ejerciendo la profesión en forma individual.

El 20 de diciembre de 1956, a los 50 años de edad, se produjo la desaparición física del Dr. Ramón Carrillo en el exilio, en Belem do Pará, Brasil. ¿Estamos mejor o peor que cuando Carrillo revolucionó la salud pública argentina en la década de 1940?

Hacia finales del siglo xx, el Dr. Ginés González García destacaba que los avances en la salud mundial permitan vivir más años y con mejor calidad, pero connotando la insatisfacción de los usuarios respecto de los sistemas de salud (González García, 1995). Actualmente, una de las demandas hacia los sistemas de salud sigue estando centrada en el nivel de insatisfacción de los usuarios, pero lo más grave es el alto grado de inequidad que muestran las sociedades.

En efecto, al llegar a 2020 los indicadores de salud mundial muestran una mejora significativa en las condiciones de salud de las personas, especialmente en los países desarrollados, pero exhiben grandes desigualdades entre los territorios, con importantes déficits en la atención y el cuidado de la salud de las personas. ¿A qué se debe?, ¿por qué los resultados no son los esperados?, ¿cuáles son los secre-

¿Por qué es necesario tener una mirada crítica? Un ejemplo

Hace unos años, en las postrimerías del auge del neoliberalismo, el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó por primera vez un índice de desempeño de los sistemas nacionales de salud referido al logro de tres metas generales: mejora de la salud, dar respuestas a las legítimas expectativas de la población y demostrar equidad en las contribuciones financieras. En la evaluación practicada por la OMS, el sistema de salud de Argentina obtuvo 81,6 puntos, ocupando la posición número 49 (OMS, 2000).

El sistema de salud argentino tuvo virtudes y ventajas respecto de otros sistemas de salud, con una tradición de acceso a la salud que los años de política neoliberal, desde la última dictadura hasta los 2000, recortaron buscando imponer la lógica de la salud como mercancía. Ese avance fue resistido por el esfuerzo cotidiano de muchos trabajadores de la salud empeñados en garantizar el acceso a la salud desde los espacios de la salud pública en distintos puntos de nuestra patria.

Nuestro país destina una gran cantidad de recursos económicos y humanos a la atención de la salud de la población, sin embargo, hay mucha desigualdad territorial en los niveles de los resultados sanitarios y el acceso a los servicios de salud.

TABLA 1. GASTO CORRIENTE EN SALUD EXPRESADO EN PORCENTAJE DEL PBI

País	2000	2004	2008	2012	2016
Cuba	6,58	6,83	11,31	9,30	12,19
Brasil	6,56	8,06	8,12	10,04	11,77
Uruguay	10,01	9,02	8,18	8,76	9,06
Ecuador	3,32	5,55	5,82	8,48	8,39
Argentina	8,47	6,99	7,66	8,41	7,55
Bolivia	4,34	4,80	4,53	5,13	6,86
México	4,45	5,95	5,41	5,66	5,47
Venezuela	5,00	4,93	5,73	5,44	3,22

Fuente: Elaboración propia basada en datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Observando datos de países de América Latina, vemos que en los últimos años el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) aumentó en muchos países, lo cual generó distintos resultados en cada uno de ellos (Tabla 1).

Las cantidades de camas hospitalarias y de médicos cada 1.000 habitantes muestran niveles muy dispares entre países si se comparan con el gasto en salud per cápita (Tabla 2). Eso evidencia que los sistemas de salud son complejos y que cada uno tiene particularidades que no se resuelven mediante recetas uniformes, sino trabajando en políticas sanitarias integrales que respeten el derecho a la salud en cada contexto específico.

TABLA 2. CAMAS HOSPITALARIAS Y MÉDICOS CADA 1.000 HABITANTES Y GASTO CORRIENTE EN SALUD PER CÁPITA EN DISTINTOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Camas hospitalarias (cada 1.000 personas)	Médicos (cada 1.000 personas)	Gasto corriente en salud per cápita (US\$ corrientes)
Cuba (2014) 5,20	Cuba (2017) 8,19	Venezuela (2015) 1.578,44
Argentina (2014) 5,00	Uruguay (2017) 5,00	Uruguay (2016) 1.379,10
Uruguay (2014) 2,80	Argentina (2017) 3,96	Chile (2016) 1.190,55
Brasil (2014) 2,20	México (2017) 2,23	Brasil (2016) 1.015,93
Chile (2013) 2,20	Brasil (2018) 2,15	Cuba (2013) 970,65
México (2015) 1,50	Ecuador (2016) 2,05	Argentina (2016) 955,20
Ecuador (2013) 1,50	Venezuela (2002) 1,93	Costa Rica (2016) 888,9
Costa Rica (2013) 1,50	Bolivia (2017) 1,16	Ecuador (2016) 504,78
Bolivia (2013) 1,10	Costa Rica (2013) 1,15	México (2016) 461,79
Venezuela (2011) 0,90	Chile (2016) 1,10	Bolivia (2013) 213,02

Fuente: Elaboración propia basada en datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Resulta conveniente examinar el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* (OMS, 2000) considerando aspectos ideológicos y metodológicos. En términos de ideología sanitaria, la contracara de ese informe es el desplazamiento del discurso que desde finales de 1970

fue hegemónico, el cual, surgido del informe dirigido por Lalonde y entronizado en Alma-Ata, ubicaba a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como eje fundacional de los sistemas de salud.

En efecto, el Banco Mundial (BM), cuando presentó en 1993 la propuesta de reformas en su informe mundial titulado *Invertir en salud*, impulsaba un modelo de seguros basados en paquetes costo-efectivos o canastas básicas, de manera de atraer la inversión privada transnacional, al tiempo que se concentraban los recursos públicos en los pobres que no podían pagar esos seguros.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la OMS privilegiaba ese modelo que auspiciaba el subsidio a la demanda, lo cual resultaba diametralmente opuesto a las concepciones como las sustentadas por la APS, que se fundaban en una sólida oferta pública de servicios (Banco internacional de reconstrucción y fomento –Banco Mundial–, 1993).

La OMS se alineó con la perspectiva neoclásica individualista y mercantilista de la salud cuando incorporó a los economistas del BM en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en su informe de 2000. En esta evaluación, Colombia –primer país de América Latina en adoptar medidas enmarcadas en ese conjunto de recomendaciones– ocupó el mejor puesto entre los países latinoamericanos, el puesto 21 en el mundo y el primero en “equidad financiera” (Hernández-Álvarez, 2017).

Desde el punto de vista metodológico, ese informe también merece observaciones para justipreciar sus conclusiones. Debido a que no es el objeto de este documento, no se abordará ese análisis aquí, pero se sugiere la lectura del escueto y revelador artículo que Federico Tobar publicó en 2001, “¿Por qué Argentina salió tan mal en el Informe 2000 de la OMS?” (Tobar, 2001).

Ese informe, que generó muchos comentarios, resulta no obstante una referencia casi obligada al comparar sistemas de salud, lo cual realza el concepto inicial: es necesario sostener una mirada crítica con sentido amplio y sin prejuicios para arribar a diagnósticos correctos y buscar alternativas efectivas de mejora.

ALGUNOS CONCEPTOS IMPORTANTES

Proceso salud-enfermedad-cuidado

Rudolf Virchow fue elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tífus que azotaba la provincia de Silesia, Polonia, en el invierno de 1847-1848. Sus resultados son clásicos en la historia de la salud pública (Virchow, 2008).

Las recomendaciones de su informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta tuvieran “completa e ilimitada democracia, educación, libertad y prosperidad”. En términos prácticos, lo que Virchow recomendaba era lo que la promoción de la salud (PS) reconoce hoy como prerequisites para ser saludables, esto es: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca y a tener un gobierno autónomo elegido por ella; además, la separación de la Iglesia y el Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas). En suma, a mediados del siglo XIX Virchow sugería que se “empoderaran” esos grupos de excluidos, para usar los términos actuales.

La importancia de ese trabajo radicó en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o los determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Con posterioridad, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista participó de un movimiento de reforma de la medicina y criticó duramente la práctica médica inhumana basada en el “amor por el dinero”. Fundó un periódico llamado *Reforma Médica* en el que se debatían los temas vinculados con esa reforma de la medicina y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos. Su

movimiento fracasó: tuvo que retirarse de la política y volver amargado a la vida académica. Henry Sigerist, quizás uno de los principales exponentes de la medicina social de la primera mitad del siglo XX, hace una anotación muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento de Virchow y de otros de sus seguidores en Alemania: afirma que se debió al hecho de ser un movimiento proyectado por los médicos para la gente, pero sin incluir a la gente como su protagonista más importante (Restrepo y Málaga, 2001). Retomaremos esta idea más adelante.

Para Henry Sigerist, la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, así como modalidades de esparcimiento y descanso. La salud de un pueblo, decía Sigerist, no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida; y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas es la promoción de la salud: "La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo" (Sigerist, 1941).

Si bien Henry Sigerist como médico social fue quizás poco escuchado en su época, sus ideas fueron rescatadas para acuñar la definición ya clásica de salud de la OMS. Pareciera que esta es tan abarcadora que poco podría agregarse:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948).

Efectivamente, hacia mediados del siglo XX incorporar las dimensiones de lo mental y lo social al concepto de salud era claramente un avance, también lo era referir que salud no era solo ausencia de enfermedad. Sin embargo, la definición impresiona como un punto de llegada, de alguna manera, como un objetivo de máxima y final, e incluso, desde cierto punto de vista, como algo esquemático y rígido.

vador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) se reunieron para definir el significado de la promoción de la salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud de la población de la región. La Declaración de Santafé de Bogotá, de 1992, expresa esta concepción que contextualiza la salud en un espacio más amplio. Entre las estrategias destaca:

Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo (OPS, 1992).

Y entre los compromisos que asumían los 21 países firmantes de la declaración:

Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes (OPS, 1992).

También los conceptos sanitarios deben ser revisados a la luz de esa evolución para dar lugar a las actualizaciones necesarias. La década de 1990, por ejemplo, fue escenario de los estragos que se producían sobre la salud de amplios sectores poblacionales, con especial impacto negativo en los pueblos originarios, los migrantes y, en fin, los excluidos por un modelo pensado para pocos (clase-etnia-género). Se intensificaron las denuncias respecto de los problemas derivados de desigualdades sociales y en salud. Estos se expresaban en brechas que se ampliaban entre distintas zonas de un mismo país y también entre las naciones de la región, pero fue recién entrado el presente

En la Argentina de mediados del siglo XX, Ramón Carrillo afirmaba:

Es evidente que actualmente no puede haber medicina social sin una política social del Estado. ¿De qué sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas -que a veces son cuevas- o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades? (Alzugaray, 2009: 65).

Como ya se comentó, planteaba un enfoque social de la medicina que no existía hasta ese momento en estas latitudes pero estaba en sintonía con el ideario que daría lugar a la medicina social latinoamericana.

La salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, emocionales, ecológicos, culturales y económico-sociales que se presentan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado, o sea, es el resultado de las interrelaciones que establecen las personas con el ambiente social y natural en el que viven, y con ellas mismas.

La salud no es únicamente producto de condiciones genéticas-biológicas-emocionales sino también el resultado de las relaciones sociales predominantes, motivo por el cual está directamente determinada por el proceso histórico en el cual se enmarca y del que solo es una de sus manifestaciones (Dever, 1991).

La situación de salud del pueblo no es más que una de las maneras a través de las cuales se expresan procesos más generales que lo caracterizan. Por lo tanto, la salud está determinada por la estructura y la dinámica de la sociedad; por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de trabajo, y de sus relaciones sociales; por el modelo económico y la forma en que este se inserta y se articula con el sistema económico nacional e internacional; por la particular organización del Estado y de sus relaciones políticas en un momento singular de su historia (OPS, 1995).

En Santafé de Bogotá, Colombia, 21 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Sal-

siglo cuando las voces de denuncia empezaron a ser escuchadas en organismos internacionales.

Eso dio lugar a la conformación de una iniciativa de la OMS, que creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS). El modelo que asume la OMS desde 2005 contribuyó a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis. Sin embargo, fue una mirada que siguió atada a lo que Jaime Breilh llama "neocausalismo", donde los determinantes sociales son asumidos como factores externamente conectados, con lo cual las intervenciones resultan dirigidas a actuar solo sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales que provocan la desigualdad (Breilh, 2011).

El pensamiento que inspira a la medicina social latinoamericana ha expresado con contundencia que **la determinación social de la salud es mucho más que una suma de determinantes sociales de la salud**. Esa determinación social se gesta en particulares trayectos históricos que vertebran lógicas de acumulación y propiedad responsables de generar desigualdad, tejiendo el telón de fondo desde donde emergen determinantes sociales, pero cuyo abordaje en forma aislada no es esperable que produzca los necesarios cambios del sistema mismo.

- **Salud como "buen vivir" o "vivir bien"**. Una mirada que intenta abrir el enfoque respecto de la clásica definición de la OMS nos lleva a proponer el concepto de salud como "buen vivir" o "vivir bien". Esta idea, que encuentra sus raíces en la cultura de los pueblos andinos originarios, sostiene que la salud no es un estado de bienestar porque este no es estático sino dinámico; y no es un punto de llegada, sino una construcción persistente en pos del equilibrio. Si estar sano es, como se le atribuye a Sigmund Freud, "*lieben und arbeiten*" (*amar y trabajar*) (Pallarés-Mollins, 2012), justamente el "buen vivir" apunta a asociar la salud a la búsqueda activa para mantenerse sano, libre, responsable y feliz, antes que a la recuperación del bien perdido. Esta idea, en consecuencia, tiene implicancias directas en la planificación de acciones sanitarias, especialmente en la priorización de cada una de las líneas de trabajo propuestas para ser desarrolladas

en el ámbito de la salud. Pero también, siguiendo los preceptos inspirados en la cosmovisión de salud de los pueblos andinos, el "buen vivir" se expresa en desplegar posibilidades de desarrollo con inclusión; en el acceso al trabajo, a la tierra, a la vivienda digna; y en el cuidado y la relación armónica con los otros y con el ambiente, entre otros aspectos, con lo cual deviene en un objetivo que largamente excede el ámbito sanitario.

Obviamente, también repercute en la asunción de responsabilidades indelegables de los trabajadores de salud, en cuanto a ser pertinentes al lugar que ocupamos, esto es, sencillamente, hacer bien lo que nos corresponde hacer. Entre estas funciones, las acciones de promoción y prevención de la salud son de una importancia capital. Pero, tal como advertía Sigerist al analizar el devenir de Virchow, esas acciones y esa mirada resultarán seguramente más efectivas cuando se abran espacios para construir miradas compartidas. Es decir, la efectividad de la promoción de la salud está condicionada a la puesta en marcha de mecanismos de participación comunitaria genuina, no solamente para opinar sobre las propuestas que surgen del sistema de salud formal, sino además para ser protagonistas de su diseño.

- **Salud como política social.** Asumir a la salud como componente de las políticas sociales implica necesariamente tener claro el sustento ideológico que resulta imprescindible sostén de toda política social. La defensa de ese ideario requiere compromiso militante, por lo que cada trabajador de salud debe ser, además de un recurso técnico calificado, un actor político que expresa el compromiso social y que se actúa en forma cotidiana en cada puesto, mediante el ejercicio de la empatía y la solidaridad. Adicionalmente, el concepto encierra el compromiso de trabajo intersectorial, esto es, sencillamente, trabajar con otros, sean parte de organismos públicos (escuela, municipio, etc.), de grupos o espacios comunitarios (grupos de familiares de pacientes, vecinos auto-convocados por distintos temas, cooperadoras, etc.), e incluso de instituciones del ámbito privado, y, desde esa mirada, abrir canales efectivos para la real participación popular en salud. Esa

apertura necesariamente debe atender la cuestión intercultural que se abordará luego.

- **Salud como política de Estado.** Como tal, se pretenden definiciones perdurables más allá de los cambios de gobierno. No es posible pensar en un sistema sanitario sin pensar en un modelo de país que lo determina. Por lo tanto, el diseño y la implementación del plan local de salud deben acompañar los cambios políticos de transformación más generales y evitar tanto estar detrás, resultando un obstáculo, como adelante, deviniendo en propuestas inviables y frustrantes.

Salud-enfermedad-cuidado es un concepto construido colectiva y socialmente, porque salud no es equilibrio ni estabilidad, debe necesariamente ser conflicto y tensión, búsqueda y lucha de un pueblo por alcanzar niveles superiores de bienestar integral (Manoukian, 2003).

La anterior es una definición muy amplia, que plantea otros alcances para el concepto salud. Mientras, entendemos salud como fenómeno social (Laurell, 1982), producto de un esfuerzo colectivo; sostenemos también que una parte de ese esfuerzo está dada por aquellos aspectos encargados por la sociedad para proveerse de servicios sanitarios, los que deben resultar alineados con el objetivo comunitario de mejora continua de su calidad de vida.

Se abre aquí un capítulo que corresponde a la salud como actividad o sector, es decir como aquella parte del aparato productivo y de servicios que la sociedad destina a la recuperación y rehabilitación de la salud, y también para actuar en promoción y prevención sanitaria.

Derecho a la salud y acceso universal

La salud se ha consagrado durante el siglo xx como un derecho humano y social esencial en la mayoría de los países del mundo, es-

pecialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Es parte del conjunto de **derechos de segunda generación** que no derivan de la condición de individuo, sino de la situación de las personas en la escala social. Son ejemplos de este tipo de derechos el derecho de huelga, de libre agremiación, de acceso a la vivienda digna, a la salud, a un salario mínimo, entre otros.

La salud forma parte de los derechos humanos universales con un carácter positivo (libertades positivas) por cuanto se entiende que la sociedad debe preocuparse y ocuparse en promoverla y proveerla para asegurar un nivel mínimo en las condiciones de vida. Por otra parte, es un derecho que se inscribe dentro de los llamados **derechos sociales**, lo cual tiene otras implicancias, entre ellas el hecho de la **integralidad**, comprendiendo a la salud como resultante del accionar del medio social y familiar sobre el individuo, y la **equidad**, esto es, atender a necesidades diferentes, para hacer efectiva la equidad (Yelicic, 1999).

La equidad en consecuencia es un factor fundamental para universalizar el derecho a la salud y solo es posible cuando el Estado cuenta con facultades o mecanismos para orientar las actividades del sistema de salud, utilizándolos para compensar desigualdades regionales y sociales.

La salud como derecho solo es posible en sociedades que jerarquizan la **inclusión social**, la participación, la solidaridad y el desarrollo integral de todos sus integrantes sin distingos. Pero lo es, además, cuando se cuenta con potentes instrumentos legales que sustentan una política sanitaria que se concentre en la promoción de la salud, en la prevención y en el mejoramiento continuo de la calidad de vida.

La salud debe ser un tema del Estado y de la sociedad. Por lo tanto, al definir políticas de salud estas deben trascender las gestiones de eventuales gobiernos. El diseño de una política de Estado en salud es una construcción permanente y, por ende, una tarea siempre inconclusa. Debe asumirse como un modelo para armar y desarrollar entre todos y para todos, por cuanto al definir salud como derecho, este debe ser universalmente accesible. Instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación y que no generen consenso pueden ser técnicamente factibles, pero terminan siendo

políticamente inviables. En consecuencia, siendo la salud un tema demasiado importante para los intereses de una comunidad, no puede dejarse en manos de un sector o grupo particular.

La Constitución Nacional sancionada en 1994, en su artículo 75, inciso 22, aprueba la inclusión con rango constitucional de tratados internacionales, entre ellos la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su artículo 25 expresamente indica: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1948). Es decir, en la Argentina el acceso a la salud es universal y gratuito.

En la Constitución Nacional, el art. 75, inc. 22 sobre el reconocimiento de rango constitucional a determinados tratados internacionales de derechos humanos expresa:

[...] La Declaración Americana de los Derechos del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer; la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; la Convención sobre los derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos [...] (párrafo 2º) (Poder Legislativo Nacional, 1994).¹

¹ Los destacados son nuestros.

Esta última es quizás una de las aristas destacables de la reforma constitucional de 1994, ya que nos introduce en la faz más avanzada del derecho constitucional, que es la de la internacionalización de los derechos humanos. Entre ellos, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** es el que desarrolla de la manera más completa la materia que examinamos.

El artículo 12 del Pacto dice: "Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas [ONU], 1966).

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figuran las necesarias para: "a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas efectuó la interpretación del Pacto acerca del derecho a la salud y de la responsabilidad del Estado en su Observación General 14, aprobada el 11 de mayo de 2000, concluyendo entre otros puntos:

1. Que **la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.**
2. Que **todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud** que le permita vivir dignamente.
3. Que **el derecho a la salud está estrechamente vinculado al ejercicio de otros derechos humanos y depende de estos derechos**, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación,

reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4. **El derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud**, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones saludables de trabajo y medio ambiente y acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluidas la salud sexual y reproductiva.
5. **Las condiciones que deberán asegurar los Estados** son las siguientes:
 - a) **Disponibilidad:** cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y programas.
 - b) **Accesibilidad:** dichos establecimientos deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna. Esta condición requiere los 4 aspectos siguientes:
 1. **No discriminación**, en especial para los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población;
 2. **Accesibilidad física**, que significa que los establecimientos deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población;
 3. **Accesibilidad económica**, que importa que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos de los servicios deberán ser equitativos, especialmente para los sectores de menores recursos; y
 4. **Acceso a la información**, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de la salud.
 - c) **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades.
 - d) **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

¿Salud como derecho o salud como mercancía?, dos modelos

La aplicación cabal del concepto de salud como derecho es posible en sociedades que propician un Estado social y que pugnan por generar una distribución equitativa de la riqueza para construir justicia social. Son comunidades que asumen la salud con una mirada colectiva, que se preocupan por garantizar el acceso universal, es decir que todos, de acuerdo con sus necesidades, pueden acceder al sistema de salud, el que por otra parte centra su atención en la salud antes que en la enfermedad.

Por el contrario, aquellas sociedades que asumen la salud como un bien de mercado, esperan que este ordene el sistema sanitario siguiendo las reglas de la oferta y la demanda. La salud es un atributo personal o familiar pero no colectivo, por el que cada quien debe procurarse. Son comunidades cuyos sistemas solo esperan garantizar un mínimo sanitario a todos y que el resto sea resultado de los méritos propios de cada individuo. Sus sistemas de salud hacen eje en la enfermedad y no en la salud.

Dimensiones para analizar el sector salud

Una forma de abordar esta cuestión es al tiempo de intentar una definición conceptual, cuestionarse qué pregunta se pretende responder al analizar la cuestión y qué herramientas son funcionales a esa búsqueda. Consideraremos cuatro dimensiones esenciales de la salud como sector: el estado de salud, las políticas de salud, los sistemas de salud y los sistemas de atención médica.

Estado de salud

El estado de salud de una población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos y, tal como se desprende de lo antes referido, depende de la interacción de múltiples factores. No obstante, es el insumo esencial para formular políticas de salud y organizar sistemas.

Las preguntas que pretendemos responder son: ¿de qué se enferma y muere la población?, o ¿cuáles son los problemas de salud prioritarios? Si bien este podría ser un enfoque tradicional, no deja de ser una mirada centrada en la enfermedad y la muerte. Por esa razón es dable interrogarse en forma complementaria respecto de cómo vive y transcurre la vida de un pueblo y qué recursos este pone en juego para mejorar su calidad de vida. Esta última mirada amplía el ángulo de visión ya que incorpora cuestiones sociales y relacionales que pueden aportar a la construcción de salud colectiva.

La **epidemiología** se constituye en la herramienta esencial para este abordaje. En el caso de las primeras preguntas, el arsenal de la epidemiología clásica se impone. Para las otras quizás amerite animarse a un análisis más profundo y la epidemiología crítica pueda aportar dispositivos de utilidad.

Políticas de salud

Contar con una política de salud implica que la comunidad haya definido la salud como un problema público en el cual el Estado debe asumir un rol activo. "Formular políticas de salud involucra identificar alternativas para las líneas de acción, establecer prioridades, dividir tareas y articular recursos [...] exige mucho más que el saber de los médicos" (González García y Tobar, 2004: 39).

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud (Tobar, 2012).

Considerando lo dicho, al analizar esta cuestión nos preguntamos cuáles deben ser las intervenciones, cómo y en qué momentos. Dicho de otra manera, ¿qué funciones no puede dejar de asumir el Estado respecto de la salud de la población?

La respuesta a esos interrogantes los da la **política**, entendida esta como el uso del poder público en función de dirimir conflictos de intereses, en pos del logro de objetivos colectivos. Por lo tanto, toda **política de salud** tendría que enmarcarse en el conjunto de las **políticas sociales** que se lleven a cabo desde el Estado.

Sistema de salud

Luego de estas dos definiciones iniciales parece oportuno delimitar el alcance del término "sistema de salud" (SdS), para distinguir el concepto respecto de los anteriores. Esta distinción es importante hacerla, ya que a menudo se confunde SdS con la función prestadora de un subsector. En Neuquén especialmente, se identifica el término con la red pública de prestadores de asistencia sanitaria y sus órganos de coordinación y mando. Empero el concepto es más abarcador.

La OMS define los sistemas de salud como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero" (OMS, 2005).

Se asume el concepto **sistema de salud como la respuesta social organizada para los problemas de salud**.

De esa definición, que se vincula con los dos conceptos anteriores, se desprenden dos situaciones relevantes. Hablar de respuesta social organizada implica que pueden existir **recursos que la sociedad pone en juego** para resolver sus problemas de salud, que no involucran directamente al Estado, es decir que el SdS no es solo la red perteneciente al subsector público. Por otro lado, el término hace alusión a un conjunto de actores y acciones que exceden en mucho al sistema de atención médica. De hecho, el concepto de salud antes mencionado da cuenta de ello y, por lo mismo, los recursos que la sociedad pone en juego para procurar su mejora continua se extienden más allá de las fronteras de su propio SdS.

La segunda situación a destacar es que, tal como se entiende tradicionalmente, el concepto de sistema aparece vinculado a un efecto homogeneizador. Como tal, se asocia a un efecto de compactación autoritaria de diversidades, que se opone a otro polo dado por la fragmentación y la sensación de anarquía y desorden improductivo. En este documento se intenta resignificar el concepto de sistema de salud dotándolo de mayor carga democrática en la medida en que

emerge el concepto de **redes como una tercera alternativa** a las dos mencionadas. Así, el concepto de redes parte de otra lógica, la de asumir la heterogeneidad articulando diversidades. Ni la estructura piramidal jerárquica tradicional, ni la dispersión de fragmentos aislados (Georgopoulos y Mann, 1989), el concepto de redes propone dotar al SdS de un entramado con muchas conexiones (Rovere, 2000).

Siguiendo esa idea es que aparecen estos interrogantes: ¿qué organización se da la sociedad para resolver sus problemas de salud?, ¿cómo se articulan los recursos disponibles para responder a las demandas de la sociedad?, ¿cuáles son los modelos de organización más efectivos?, ¿qué actores intervienen en este escenario?

Respecto de esta última pregunta, obsérvese que las "respuestas sociales organizadas" no se limitan al espacio del sistema de salud formal.

Históricamente se buscaron respuestas sociales a los problemas de salud, ya que hacer llegar agua potable a una comunidad implica una estrategia de salud colectiva.

La potencia transformadora de los colectivos por el acceso a derechos en términos de salud y de cuidado está poniendo sobre la mesa las discusiones en torno a las prácticas de salud hegemónicas. Hoy, por ejemplo, las colectivas que luchan por el derecho al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo están poniendo en tensión muchos aspectos de la sociedad hegemónica y occidental que se reproducen como violencias dentro del campo de la salud. Las interrelaciones culturales también empiezan a descolonizar los saberes tradicionales y hegemónicos, dando lugar a un aprendizaje de otras formas de atención de la salud.

Crecientemente van tomando protagonismo corrientes de ideas y conceptualizaciones de la salud que operan de distintas maneras para contribuir a la búsqueda del "buen vivir". Las diferentes formas de medicina alternativa, los colectivos sociales que luchan por el acceso a variados derechos, la recuperación de otras cosmovisiones sobre la salud también juegan en este campo complejo. Este texto no pretende establecer un juicio de valor respecto de cada uno, pero sí advertir que si el análisis de este tema se limitara al sistema formal resultaría incompleto.

Los instrumentos idóneos para responder a esas preguntas son la **planificación, la gestión y la regulación**.

Los sistemas de salud son las distintas formas que adoptan la protección de los riesgos para la salud y la atención de los daños a la salud, en cada sociedad.

Finalmente, una aclaración sobre el alcance de los términos modelo y sistema. El **modelo** se refiere al ámbito de la política y se lo puede definir como el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios. En él se determinan aspectos como: población receptora, financiadores del sistema, relación financiador-prestador, prestaciones que se van a ofrecer y priorizar, actuaciones y competencias de la autoridad sanitaria.

El **sistema** contribuye a la operatividad y ejecución del **modelo**, pero en el momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizar lo propio de las características y complejidades que guarda.

A los efectos de este texto, se asume el término sistema como expresión que sintetiza ambos contenidos. Como se verá cuando planteemos los tipos ideales, cada uno de ellos encierra una mirada ideológico-conceptual respecto de la salud, que se traduce en formas de organización y ejecución de acciones.

Sistema de atención médica

Se menciona al sistema de salud como la "**respuesta social organizada a los problemas de salud**". Definido de este modo, este sistema abarca a sectores habitualmente considerados fuera del ámbito sanitario, tanto dentro de la esfera estatal como de la privada, y de la seguridad social (trabajo, vivienda, comunicaciones, transporte, etc.).

Sobre la base de este criterio amplio, el **sistema de atención médica** es aquella porción del sistema de salud que desarrolla acciones, actividades,² tareas y mecanismos puestos a disposición de la atención

² Actividad: acción o conjunto de acciones que se realizan para lograr un objetivo de salud definible y mensurable (por ej., consultas, vacunación, entrevista). Cuando para este concepto se requiere la idea de conjunto o subconjuntos de un universo de-

sanitaria de la población, excluyendo otras acciones de salud. Ese conjunto de acciones encuentra legitimación por parte del Estado, que habilita a sus responsables en el marco de sus funciones de regulación.

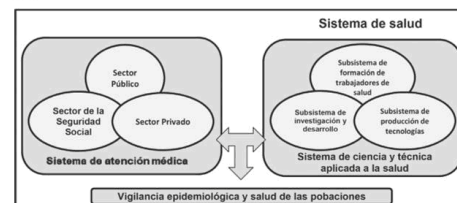
En este punto se indaga respecto de qué recursos sanitarios son necesarios para dar respuesta a los problemas que hayan sido priorizados. Y, ¿cómo se organizan?, ¿cómo se propone que desarrollen las tareas propuestas?

Para responder a esos interrogantes en el campo práctico se requiere desplegar **estrategias, tácticas, normas** y también arte.

En la Figura 1 se esquematizan algunas de las relaciones entre los distintos actores e instituciones que integran el campo de la salud. Diversos subsistemas lo constituyen, aportando formación profesional, desarrollo científico y tecnológico, producción, distribución de las tecnologías de salud (medicamentos, por ejemplo) y vigilancia epidemiológica en el marco de la salud de las poblaciones.

En este campo, la **atención médica** es solo una parte del sistema de salud y se integra al mismo en interrelación con los demás actores. También son parte del campo de la salud actores comunitarios sin representación formal.

FIGURA 1. RELACIÓN SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA Y SECTORES DEL MISMO



Fuente: Elaboración propia. Los campos esquematizados no responden a una proporción real de cada componente.

terminado, se utilizan los términos Acción-Actividad-Tarea, en ese orden, donde los términos son sucesivamente abarcadores respecto del siguiente.

Fragmentación, segmentación y niveles de análisis

Aunque detallaremos más adelante el alcance de algunos de estos conceptos, vale anticipar que cuando se habla de **fragmentación** se alude a que el sistema de atención médica no es único. Adopta diferentes formatos que conviven en un mismo territorio y abastecen a distintos grupos poblacionales de la misma localidad o región. En forma esquemática, esa fragmentación se expone como: subsistema público (redes de hospitales), subsistema de obras sociales y subsistema de seguros privados (conocidos como prepagas en Argentina). Estos subsistemas, a su vez, responden a conducciones diferentes y, a menudo, a objetivos operativos que en algunos casos pueden diferir.

FIGURA 2. FRAGMENTACIÓN, SEGMENTACIÓN Y NIVELES DE ANÁLISIS E INTERVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia.

Se apunta que la fragmentación debilita al sistema como un todo al no concentrar el esfuerzo, multiplicar de modo innecesario dispositivos administrativos, de diagnóstico y de tratamiento, y en definitiva al no propiciar un uso racional de los recursos disponibles para el conjunto.

El término **segmentación** se refiere esencialmente a las fuentes de financiamiento. En un esfuerzo de simplificación podría decirse que responde a cada uno de los fragmentos ya comentados. Así, las rentas generales (impuestos) son los recursos empleados para financiar el subsistema público, los aportes de trabajadores y contribu-

ciones patronales y los de la seguridad social (obras sociales); y las cuotas que pagan los ciudadanos en forma voluntaria conforman el sustento económico de los seguros privados o prepagas.

En todos los casos, cuando analizamos un sistema o subsistema de salud abordamos el **nivel micro** como aquel que se recrea en la interfase trabajador de salud-paciente; el **nivel meso** como el propio de las conducciones de servicios, hospitales y zonas sanitarias; y el **nivel macro** como el atinente a la conducción del sistema (nivel ministerial) donde se definen los trazos gruesos de la política sanitaria.

Rasgos deseables de un sistema de salud

Misión

La misión es de alguna forma una declaración del espíritu institucional. Es definida también como el propósito de la organización y debe resumirse en pocas palabras. Expresa la razón de ser, por lo que, siendo central esta cuestión, todo sistema de salud debe tener definida su misión: esa definición se constituye en el primer paso para alinear los intereses y las acciones de los diferentes integrantes de la organización.

Visión

La visión alude a cómo queremos ser como organización: es, de alguna manera, imponerse un horizonte desafiante basado en los **valores y principios** rectores de la institución. La visión actúa como acicate para todos los integrantes del sistema en tanto se constituye en el principal motivador, sobre todo si los diferentes actores participaron en su definición.

Valores que sustentan el sistema de salud

Todo sistema de salud se sustenta en un cuerpo de valores. Esos valores son expresión de la ideología que inspira el proceso de cons-

trucción del sistema. En forma sintética se menciona ese conjunto en función de la secuencia propuesta por González García y Tobar (1997), respondiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué se pretende de un sistema de salud?
2. Que se preocupe por garantizar el **acceso universal** para promover la inclusión.
3. Que ponga énfasis en el aumento de la vida saludable, concentrándose en **la salud y la vida** antes que en la enfermedad y la muerte.
4. Que diseñe sus dispositivos con **enfoque de género y de interculturalidad**, para aportar distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-cuidado. "El sustento de la interculturalidad en salud es asumir y reconocer distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención, que operan, se ponen en juego, se articulan y sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación en contextos pluriculturales" (Piñón, 2014: 118). Con Adriana Marcus, sostenemos que en la práctica se trata de la relación –en igualdad, en simetría, en mutuo reconocimiento– con el otro/la otra culturalmente diferente a mí. Se da por sentado necesariamente que ambas partes representamos culturas en cuya relación no hay hegemonía, sometimiento o asimetría de una respecto de la otra (Marcus, 2016).
5. Que despliegue sus tareas aprovechando la capacidad de la **interdisciplina**. La incapacidad de manejar la complejidad del campo sanitario nos obliga a la interdisciplina, pero siguiendo a Alicia Stolkiner (1987) afirmamos que equivocáramos el camino si pretendiéramos usar esta forma de articular saberes, experiencias y miradas, con el único sentido de construir un nuevo objeto fijo, cuando de lo que se trata es de acompañar un proceso de transformaciones.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987).

- Que se integre con otros sectores ocupados en políticas sociales, apostando a la **intersectorialidad** como intervención coordinada de los actores ocupados en acciones destinadas a resolver problemas vinculados a la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- Que desarrolle un enfoque de **trabajo en red**, lo cual implica asumir la heterogeneidad, articulando diversidades al servicio de un objetivo claro que marca el horizonte.
- Que resulte **equitativo**. Equidad en la asignación de recursos financieros, en el acceso a los servicios y en los resultados. La forma más profunda de equidad supone que todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados en salud, independientemente de sus condiciones sociales y económicas.
- Que se preocupe por verificar el nivel de **satisfacción del usuario**.

2. ¿Para qué se quiere un sistema de salud?

- Para favorecer la construcción de la **justicia social**, esto es fomentar la inclusión social, favorecer la solidaridad y resultar un instrumento más en favor de la movilidad social ascendente.

3. ¿Cómo se espera que sea el sistema de salud?

- Que recree los siguientes principios rectores: **solidaridad**, **eficacia social**, **pluralidad** (ejercicio de libertad de elección), **eficiencia** (técnica: hacerlo a menor costo; y asignativa: hacer lo más útil), **calidad** (máximo mejoramiento de los niveles de salud para satisfacer las expectativas de sus usuarios con una atención oportuna, continua, cortés y respetuosa) (Passos-Nogueira, 1997).

Respecto del ejercicio de libertad de elección, debe atenderse el hecho de que la existencia en esta actividad de una importante asimetría de información atenta contra ese principio ético; por lo tanto, podría ser preferible subordinar este principio a uno superior cual es el de la equidad, de tal manera de priorizar la garantía del acceso equitativo y luego, de ser posible, brindar la posibilidad de elegir entre diversas opciones (concepción ética de tipo **teleológico** antes que **deontológico**) (Mainetti, 1991).

En síntesis, entendemos que un sistema de salud de bases sólidas debe sustentarse en valores compartidos que resumimos a continuación.

- **Empatía, solidaridad y autonomía.** Consiste en ponerse en el lugar del otro, como forma efectiva de comprometerse con todos y cada uno de los usuarios, especialmente con los que integran sectores socialmente más vulnerables. Rescatar la importancia del respeto a la autonomía de las personas es considerar al otro con capacidad para decidir sobre su propia vida. Con el ejercicio de estos valores se intenta reducir las asimetrías sociales, culturales y económicas para promover justicia social.
- **Compromiso y pertenencia.** De los trabajadores y del conjunto de la organización respecto de los usuarios y otros recursos comunitarios, partiendo de estimular un sentido de pertenencia por el cual cada trabajador se sienta parte del hospital y que la comunidad perciba con orgullo como propio.
- **Excelencia y mejora continua.** Implica sostener una imagen horizonte desafiante, buscando siempre el mejor resultado posible a través de desplegar acciones del conjunto y de cada sector en pos de mejorar la calidad institucional.
- **Cooperación y asociación para el trabajo en red.** Los dos niveles superiores del trabajo en red –cooperar para compartir actividades y recursos y asociarse en torno de objetivos y proyectos– se fundan en valores de solidaridad y confianza, imprescindibles para el buen funcionamiento de una organización pública (Rovere, 2000).

Fundamentos de un buen sistema de salud

Un sistema de salud que intente resolver el dilema de resultar socialmente eficaz y económicamente eficiente, conjugando criterios de equidad en todos los niveles de atención, debe estar fundado en el principio ético de igualdad de oportunidades.

La salud como derecho antes que como bien de mercado hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Proveer atención sanitaria a quien la necesita para resguardar el Principio rector

de la solidaridad que para Louis Blanc³ protege la igualdad de oportunidades para el desarrollo integral de los sujetos y su grupo de pertenencia, lo que deja fuera otros obstáculos o incluso los amortigua. Asumir este principio no solo garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud, sino que además sostiene una de las pocas actividades que, en una sociedad globalizada con una fuerte tendencia a la concentración económica y la consecuente exclusión social, resulta todavía un buen reasignador de recursos.

1. **Cobertura y participación.** Un sistema justo debe resultar accesible para todos los ciudadanos con independencia de su capacidad de pago o de su situación laboral o social. Debe garantizar su continuidad asistencial, sin tener en cuenta el nivel de riesgo de cada uno.
2. **Acceso universal.** Significa proveer recursos apropiados donde estos se requieren y fomentar la formación de recursos humanos adaptados a las necesidades epidemiológicas y culturales de cada región. Esto implica reducir la selección de riesgos base de las actividades propias de las entidades aseguradoras.
3. **Prestaciones comprensivas y uniformes.** El acceso universal no significa prestaciones ilimitadas que podrían estimular comportamientos de azar moral. Sin embargo, actualmente se limitan con distintas formas las prestaciones,⁴ tanto en el ámbito privado como en el público. Por lo tanto, es necesario poner en juego mecanismos participativos de decisión colectiva respecto de los alcances posibles y viables del SdS. Esto conlleva la difícil tarea de determinar prioridades y verificar medidas de costo-efectividad de las acciones en un marco explícito. Esta labor es importante, además, por cuanto significa un costo de oportunidad respecto de otros bienes y servicios sociales también orientados a mejorar la calidad de vida y que compiten por las mismas fuentes de financiación. El economista británico Alan Williams, para graficar lo que en economía se denomina

³ Principio rector de la solidaridad: según Louis Blanc, significa "a cada cual exigirle según su posibilidad, a cada cual darle según su necesidad".

⁴ Ejemplos de limitación en las prestaciones: listas de espera o restricción de cantidades ofertadas en el ámbito público o bien, precios o co-pagos en el sector privado.

costo de oportunidad planteaba: "[...] estamos en una situación afortunada, aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar [...] la decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negárselos a otro paciente" (Williams, 1988: 176).

Esta cuestión es de difícil comprensión por parte de los profesionales de salud que priorizan el principio de beneficencia de fuerte impacto individual antes que colectivo. Quede claro que lo que se postula se relaciona con decisiones de alcance universal, siguiendo el precepto: "si hay, que haya para todo el que lo necesite".

4. **Financiación equitativa. Contribuciones generales separadas de riesgos.** El riesgo individual no puede ser la base de la financiación. Se elimina así la selección de riesgos para evitar que la carga recaiga sobre los más enfermos. En un sistema de salud de financiación básicamente pública, deben ser los sanos quienes financian a los enfermos.
5. **Financiación según capacidad de pago.** Este aspecto está directamente ligado al sistema tributario. En sistemas con financiación predominantemente pública, por rentas generales, esta resultará equitativa en la medida en que la base imponible resulte progresiva. En sistemas mixtos donde las personas pueden consultar con distintos prestadores, públicos y de la seguridad social, adquieren importancia los dispositivos de recupero financiero. Esto es así porque si los prestadores públicos no recuperan lo invertido en personas con cobertura por parte de obras sociales o seguros privados, entonces se está operando en la práctica un subsidio cruzado. Es decir, si el hospital público no les cobra a las obras sociales y a las prepagas por las prestaciones que brindan a sus afiliados, el Estado está financiando a esas entidades por esa vía.
6. **Efectividad clínica.** Un sistema será más justo si tiende a reducir riesgos para minimizar la incidencia de la enfermedad y los accidentes y en caso de ocurrencia emplear los tratamientos más costo-efectivos. Aquí entra en escena la medicina basada en la evidencia (MBE). Una serie de métodos para estimar cuán efectiva es una tecnología sanitaria se ha desarrollado con intensidad en los últimos años, aunque debe consignarse que no siempre resulta

elocuente al servicio de qué intereses se hacen esas evaluaciones y se requiere de entrenamiento para leer críticamente esos informes (Conde Olasagasti, 1999).

7. **Eficiencia financiera.** Este criterio propone minimizar los costos de transacción y hace referencia a establecer mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios, los cuales en una lógica de redes pasan a ser parte del sistema en un grado de asociación. Ejercer la eficiencia financiera en términos de salud pública implica un juicio crítico respecto de los usos de los dineros públicos; las interrelaciones financieras dentro del sistema de salud; y de cuáles son los principales receptores de dichos fondos.⁵ Las tensiones entre los diversos actores del sistema de salud son, en gran parte, la causa de las mayores desigualdades.
8. **Determinación de prioridades mediante procedimientos correctos.** Supone la evaluación de servicios con informes públicos en el marco de procesos democráticos abiertos, un verdadero desafío para el ejercicio de la ciudadanía.
9. **Comparabilidad.** La atención sanitaria debería poder compararse con otros servicios sociales como la educación, por ejemplo, que también apuntan a reducir los riesgos de vulnerar el principio de igualdad de oportunidades. A su vez, la comparabilidad es consigo mismo, con lo cual la rigurosidad en el manejo de la información sanitaria es vital para los procesos de evaluación y monitoreo del propio sistema de salud.

Cuatro paradigmas contractuales y el proceso de contratación

En todo sistema de salud hay actores que asumen roles diversos y que tienen intereses particulares o afines al sector de pertenencia, motivo

⁵ Fondos públicos: nos referimos en este caso a los fondos invertidos por el Estado en sus tres niveles y a los aportes de la seguridad social, que también son fondos públicos destinados a salud.

por el cual se dan entre ellos relaciones contractuales con peculiaridades propias del sector, que conviene tener en cuenta al analizar bondades y limitaciones de las distintas alternativas de organización. Se comentan brevemente a continuación cuatro paradigmas contractuales que ofrecen interesantes aproximaciones para el desarrollo teórico mencionado.

Las teorías económicas contractuales se focalizan en los acuerdos, reglas y normas; en definitiva, en los contratos que establecen los individuos y las organizaciones para regular sus transacciones. Las fallas del mercado hacen que siempre los contratos resulten incompletos, motivo por el cual los incentivos,⁶ pensados en términos de alinear objetivos individuales, grupales y organizacionales, resultan relevantes.

1. **Teoría de la agencia.** Existe relación de agencia (RdA) cuando una persona o un grupo denominada/o "principal" delega en otra/o denominada/o agente un determinado poder de decisión. La relación paciente-médico y algo más amplio como la relación comunidad-organizaciones de salud son ejemplos de relación de agencia.

Esta delegación de poder que caracteriza toda RdA plantea problemas significativos:

- Los objetivos y, por tanto, las funciones de utilidad del principal y del agente son casi inexorablemente diferentes y muchas veces conflictivos.
- Existen asimetrías en la distribución de la información favorable al agente, especialmente en el ámbito sanitario.
- El grado de aversión al riesgo juega un papel relevante en la relación contractual.

Estas situaciones pueden dar lugar a **comportamientos oportunistas** por parte del agente, lo que genera una pérdida de poder para el principal (pérdida residual). Esto implica diseñar contratos e

⁶ Incentivos. Considérese el término tal como se lo define en el *Diccionario de la Real Academia Española*, esto es, "que mueve o excita a hacer una cosa" (www.rae.es), con lo cual el concepto no necesariamente se restringe a recompensas monetarias asociadas a resultados.

las organizaciones es el de coordinar decisiones y motivar el proceso de toma de decisiones en un sentido eficiente, dada una dotación limitada de recursos, estos costos se dividen en **costos de coordinación** –transmitir información dispersa para elaborar un plan eficiente y comunicarlo a los demás– y **costos de motivación** –asociados a la existencia de asimetrías informativas y tendencias a armonizar los intereses divergentes de los distintos agentes– (Milgrom y Roberts, 1990).

3. **Teoría de la elección pública (public choice).** Esta teoría incorpora la siguiente idea: no sólo es necesario minimizar los costos de producción y transacción en forma conjunta para obtener mayores niveles de eficiencia y para ello diseñar sistemas de incentivos adecuados, sino que además hay que considerar el ámbito de lo político y particularmente el diseño y cambio institucional. Ese ámbito genera, en especial en nuestro medio, inestabilidades que condicionan el proceso de toma de decisiones e impiden establecer una política de Estado. Sin embargo, de nada serviría plantearse reformas que no consideren este potente elemento del contexto, aunque también sea cierto que justamente las instituciones posibilitan equilibrios inducidos en forma estructural.

El proceso de contratación

Oliver Williamson describe el mundo del contrato como aquel de **planeación, promesa, competencia y gobernación**. Según este autor, en un intercambio dado predomina uno de esos procesos, dependiendo de los supuestos conductistas presentes y de los atributos económicos del bien o servicio en cuestión, Williamson, 1993.

La economía de costos de transacción supone que los agentes humanos están sujetos a una racionalidad limitada –las capacidades cognitivas de los individuos son limitadas– y que tienden al oportunismo en cuanto búsqueda del interés propio, incluso con dolo, y que en la descripción de las transacciones adquiere una dimensión decisiva la especificidad de los activos (Martín Martín, 1994).

La Tabla 3 muestra que en cada caso la ausencia de algunos de los atributos mencionados determina el proceso de contratación im-

incentivos que minimicen esa pérdida, lo que a su vez origina costos (de supervisión, de fianza, etc.), que son los **costos de agencia**. Se trata de introducir en el agente el comportamiento deseado por el principal –como se mencionará más adelante, en el marco un diseño estratégico de planificación participativa–.

La teoría de la agencia considera los siguientes tipos de información asimétrica:

- **Características no observables** de los bienes o servicios ofrecidos por el agente.
- **Acción e información no observable**, donde el principal no puede valorar los esfuerzos del agente una vez establecido el contrato.
- **Intenciones ocultas** que generan dependencia del principal con relación al agente producto de las inversiones específicas efectuadas y la ausencia de alternativas para el principal en el vínculo contractual.

Aunque se han diseñado mecanismos para limitar los efectos indeseables de la RdA –sanciones, órdenes jerárquicas, sistemas de incentivos, carrera profesional, sistemas de información y control, mecanismos culturales y sociales de reconocimiento, entre ellos–, existen dificultades para implementarlas en el actual marco institucional y jurídico, en especial de las organizaciones sanitarias públicas.

1. **Economía de los derechos de propiedad.** Por derecho de propiedad (DdP) se entiende, en términos económicos, los derechos de los individuos al uso de los recursos. Esa definición condiciona el comportamiento humano y de las organizaciones, ya que proporciona poderosos incentivos con relación a la asignación y al uso de recursos en la actividad económica de una sociedad o una organización. Los DdP dan lugar a derechos residuales de decisión y control, los cuales abren la posibilidad de que se incurra en **costos de interferencia** debido a un uso abusivo de estos (por ejemplo, actividades de influencia).

2. **Economía de los costos de transacción.** Se mencionó en el apartado anterior, solo vale aquí una aclaración adicional. Siguiendo a Milgrom y Roberts, pueden definirse como los costos de hacer funcionar el sistema. Considerando que el problema de

plicado. Sin embargo, cuando se dan las tres condiciones al mismo tiempo, la planeación es necesariamente incompleta (a causa de la racionalidad limitada), falla la previsibilidad de la promesa (a causa del oportunismo) y se convierte en importante la identidad de cada una de las partes (a causa de la especificidad de los activos), dando lugar al mundo de la gobernación.

TABLA 3. ATRIBUTOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Supuesto conductista		Especificidad de los activos	Proceso de contratación implicado
Rac. limitada	Oportunismo		
0	+	+	Planeación
+	0	+	Promesa
+	+	0	Competencia
+	+	+	Gobernación

Fuente: Williamson, O., *Las instituciones económicas del capitalismo*, "Economía del costo de transacción", p. 41.

Pareciera que el sector salud es típicamente un ámbito que reúne estas condiciones en las que el imperativo del sistema consiste en organizar las transacciones para economizar la racionalidad limitada al mismo tiempo que se las protege del comportamiento oportunista.

SISTEMAS DE SALUD

Actores y roles en un sistema de salud

En función del esquema propuesto por Federico Tobar se reitera que todo sistema involucra un conjunto de actores que desempeñan diferentes roles y persiguen objetivos no siempre alineados con la meta central. Un sistema de salud debe proponerse comprender, analizar y accionar sobre los problemas de salud para mejorar la situación general, lo cual se complejiza cuando se verifican conflictos de intereses (Tobar, 2012). Esto se debe a que esos actores no actúan en forma solitaria. Por el contrario, además de constituir categorías heterogéneas, muchas veces las relaciones se encuentran mediadas por actores colectivos (cámaras empresariales, sindicatos, etc.).

Pueden identificarse como actores involucrados los siguientes, con sus respectivos roles.

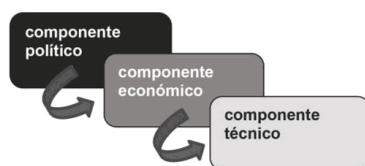
- **Población**, que asume el doble rol de usuarios o beneficiarios del sistema y de contribuyentes o aportantes, ya sea en forma directa o indirecta a través de un tercer pagador.
- **Proveedores** de servicios o prestadores. se trata de personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones), que pueden asumir responsabilidades diferenciadas.
- **Intermediarios**. Son personas físicas o jurídicas que intervienen en la financiación y/o la prestación de los servicios en procesos en los que claramente aparecen cuestiones vinculadas con la teoría de agencia ya comentada. Otro rol de los intermediarios, que aunque en general le toque al sector público puede también recaer en otros actores (agencias de certificación de calidad, de evaluación de tecnología o simplemente mecanismos de autorregulación por parte de cámaras empresariales),

es el de regulación, es decir, de establecer límites o pautas para el funcionamiento del sector.

Componentes del sistema de salud

La identificación de los distintos componentes de un sistema depende de la óptica de análisis del mismo. Para este documento se propone considerar la articulación de los componentes político, económico y técnico (Figura 3).

FIGURA 3. COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Componente político

Respecto del componente político, al que Tobar asume como el *modelo de gestión*, debe destacarse que es el espacio donde radican las decisiones centrales atinentes no solo a la orientación del sistema, sino primariamente al concepto de salud que inspira el modelo (principios y valores). Por esa razón, en la esfera de lo político el análisis pasa por identificar cuál es el rol del Estado.

Por lo tanto, debe quedar en claro que, independientemente del tipo de sistema del que se trate, o de la combinación de ellos, existen funciones indelegables del Estado.

Entre ellas la **información veraz**, tanto para promover cambios de estilos de vida hacia conductas más saludables como también para

dotar al ciudadano de instrumentos que lo ayuden en sus decisiones. De este modo, ese rol contribuye a atenuar la asimetría de información propia del sector y ayuda incluso al usuario en la elección de ofertas sanitarias en entornos de seguros privados para identificar ventajas y limitaciones.

Otra de las funciones esenciales es la de **regulación**, que debe ser ejercida en distintos planos, entre ellos la planificación de formación de recursos humanos, la oferta de servicios, la incorporación de tecnología y la normatización de sistemas de atención médica. Esta función es la que responde a la necesidad de establecer las reglas de juego con que los actores públicos y privados deben moverse.

Sin agotar el tema, es dable mencionar además que otra función indelegable es la de **monitorizar el perfil epidemiológico**, es decir, de qué enferma y muere la población, y de qué recursos se dispone para mejorar la calidad de vida, ya que este es el insumo básico, como ya se mencionó, para definir el estado de salud y a partir de ello diseñar políticas.

Componente económico

Sobre el particular esbozaremos más adelante una clasificación que considera especialmente este componente, respecto del cual adelantamos aquí algunos conceptos. El componente económico da respuesta a cuánto debe invertirse en salud, de dónde provienen los fondos para sostener el modelo y cuáles son los mecanismos de asignación de los mismos.

Con relación a esta última cuestión de asignación de recursos, la problemática adquiere diferentes ribetes en cada modelo y es uno de los temas centrales en los procesos de reforma. Lo es en parte porque se identifica a este componente como uno de los más potentes para direccionar las acciones del sistema, a través de incentivar determinadas líneas que apunten, siguiendo los principios inspiradores de cada modelo, a alinear los intereses de los actores con los objetivos estratégicos. Por esa razón, los modelos de financiamiento y las modalidades de transferencia de los fondos hacia los efectores son capítulos sustantivos en el momento de analizar los tipos ideales de sistemas de salud.

La forma más tradicional de financiación en salud la constituye el **subsidio a la oferta** que en Argentina se ha denominado de presupuesto global. Tiene la ventaja de facilitar la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un fuerte poder de control sobre la oferta de recursos para disponerlos de acuerdo con la priorización que se establezca, pero encuentra limitaciones en el hecho de recurrir a la centralización administrativa (exceso de burocracia, pérdida de agilidad).

Sin reformar el financiamiento se ha avanzado, en algunos casos, en desconcentrar fondos para agilizar el manejo local de recursos y, en otros pocos, en la idea de superar el modelo tradicional de presupuestos históricos incrementalistas, incorporando mecanismos de distribución vinculados con la producción, aunque sería de esperar que la relación se establezca con los resultados esperados. El modelo de integración vertical muestra su punto débil en la baja eficiencia.

El otro extremo lo constituye el **subsidio a la demanda**, en el cual se paga por lo que se produce. Es el modelo de “el dinero sigue al paciente”, en un claro intento de introducir mecanismos típicos del mercado en el sector salud. No se paga por “estar” sino por “hacer” y el hacer depende en alto grado de que estos mecanismos sean elegidos por los usuarios, que resulten atractivos.

Por esa razón, el riesgo estriba en habilitar dispositivos que, para captar preferencias, desprecien acciones necesarias pero poco rentables (promoción y prevención) y que se invierta en amenidades de escaso o nulo impacto sanitario (por ejemplo, hotelería). Ergo, la debilidad del modelo de reintegros es la baja eficacia sanitaria.

El **modelo de contratos de gestión** (Figura 4) aparece como una opción intermedia, que busca reducir la polarización entre eficacia y eficiencia. Consiste en que la esfera central que financia asegura un presupuesto global y la contraparte se compromete a cumplir un conjunto de metas. Otorga autonomía a la institución local pero conserva para el poder central la capacidad de control sobre las prioridades hacia las cuales considera que debe orientarse el sistema.

El Estado no asume funciones, ni desde el punto de vista de financiador, ni como prestador, y en lo relativo a la regulación sectorial su participación es casi nula o limitada a lo que le correspondería frente a cualquier otra operación transaccional entre partes.

En este modelo aparece el llamado “Estado mínimo”, para ocuparse exclusivamente de acotados sectores de la sociedad compuestos por personas incapaces de asumir la responsabilidad del cuidado de su salud. En este caso se programan acciones focalizadas dirigidas a estos grupos especialmente vulnerables, pero en forma claramente restringida, de manera de constituir un incentivo contra la falta de responsabilidad respecto del propio estado de salud.

Una segunda función del Estado en este tipo de modelos es la participación en acciones sobre el medio destinadas a evitar la propagación de epidemias. Es decir, medidas tendientes a proteger cuestiones básicas de salubridad.

Sistema de seguridad social, o bismarckiano

Este modelo se conoce también como bismarckiano ya que Otto von Bismarck (1815-1898), el canciller prusiano llamado “de hierro” y artífice de la unidad de Alemania sobre fines del siglo XIX, fue el creador de ese tipo de sistema, aunque Johan Peter Frank haya postulado principios similares con anterioridad.

El modelo debe su creación al impacto de la Revolución Industrial en Alemania. Este país contaba con 23 millones de habitantes hacia 1840, de los cuales unos 85.000 eran obreros. Cuarenta años más tarde, la población total era de 33 millones de habitantes y los obreros alcanzaban a ser casi un millón. Las condiciones de vida, marcadas por la explosión demográfica, el hacinamiento, la explotación laboral y el alcoholismo, entre otros factores, generaron condiciones favorables para que se diera algún tipo de estallido social.

Un sector de la dirigencia política avizoró lo que consideraba era un riesgo adicional: que las masas proletarias se orientaran al socialismo. Bismarck, para aventar ese “peligro”, logró la aprobación del primer seguro de enfermedad para trabajadores de baja remuneración, con cobertura del 50% en caso de enfermedad (Agüero, 1993).

FIGURA 4. MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS SANITARIOS



Fuente: Elaboración propia.

Componente técnico

Este componente es el que representa al **modelo de atención**, donde se plantean los temas vinculados con lo estrictamente médico-sanitario. Los interrogantes a contestar son, entre otros: qué acciones o prestaciones deben ofrecerse; quiénes son los destinatarios, es decir, qué sectores poblacionales son el blanco de cada línea de acción; cómo y dónde desarrollar esas acciones.

Tipos ideales de sistemas de salud

Cuando se mencionan estos tipos ideales, se lo hace para tener un parámetro de referencia, sabiendo que no existen en estado absolutamente puro en ningún país del mundo actual. Sin embargo, su análisis contribuye a entender el tema, asumiendo el riesgo de simplificar la cuestión.

Con relación al modelo de gestión ya mencionado, pueden mencionarse los que siguen, ordenándolos de acuerdo con la cronología de aparición.

Modelo asistencialista

La concepción liberal clásica considera la salud como una cuestión individual. Lejos de la idea de salud como derecho, para este modelo la salud es una obligación del ciudadano, con poco cuidado respecto de aspectos colectivos que evidentemente hacen a la mejora de los niveles sanitarios de las personas.

Luego, en 1884, la cobertura se extendió a accidentes de trabajo, a jubilaciones en 1889, y más adelante a las pensiones por vejez.

El modelo rápidamente se fue expandiendo hacia Austria (1887), Noruega (1894), Dinamarca (1892) y Bélgica (1894), entre otros países. Demostró su efectividad, especialmente luego de terminada la Primera Guerra Mundial, momento en el cual se evidenció que Alemania, pese a haber perdido la contienda, quedaba en mejores condiciones de salud que sus adversarios (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2009). En la actualidad, este es el modelo que impera básicamente en Alemania, Francia, Bélgica y Japón.

Se caracteriza por un protagonismo no estatal, con una gestión más descentralizada y una organización basada en la regulación del accionar de los actores más que en la planificación de las acciones.

La financiación surge de aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores, respectivamente, obligatorios y administrados por los propios interesados a través de las asociaciones que los agrupan. El hecho de que esos aportes y contribuciones sean proporcionales a los salarios garantiza el principio de solidaridad.

La administración de los recursos y la organización de los servicios son efectuadas por organizaciones intermedias no gubernamentales que, a su vez, contratan servicios a proveedores privados y en algunos casos públicos, especialmente en lugares sin oferta privada.

En este sistema, la cobertura está focalizada en los aportantes y sus respectivos grupos familiares con límite de edad, existiendo impedimentos para usufructo de beneficios como las pre-existencias y el periodo de carencia —tiempo durante el cual no se reconoce cobertura de determinadas enfermedades o necesidades—, como así también barreras de acceso a los servicios, entre ellas los co-pagos. Las obras sociales argentinas son exponentes de este modelo.

Los prestadores, en su mayoría privados, cobran a través de un tercer pagador, siendo las remuneraciones por acto, aunque existen formas de pago globales o por capitación. El rol del Estado en este modelo se relaciona en parte con la financiación —especialmente respecto de los trabajadores públicos—, pero sobre todo con la regulación.

Sistema centralizado, o sistema Semashko

En 1918, el primer gobierno comunista en Rusia, presidido por Vladimir Ilich Uliánov –conocido como Lenin–, creó el Comisariado del pueblo de Salud Pública. Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949) fue el primer comisario designado, con la función de coordinar el cuidado de la salud que debía ser controlado por el Estado y que se proporcionaría gratuitamente a sus ciudadanos, lo que en ese momento era un concepto revolucionario.

El sistema Semashko está orientado a la oferta y su financiamiento proviene de fondos colectados de una economía centralmente planificada y conducida por el Estado.

Es un sistema único e integrado verticalmente. Los servicios son prestados por organismos estatales, son de libre acceso, con cobertura universal y gratuita. No existe sector privado. Es un sistema que, comparativamente con los demás, resulta de menor costo y, en teoría al menos, de mejor asignación de recursos en términos de costo-efectividad. La forma de pago a los prestadores es por salario, existiendo incentivos por lo general vinculados con premios no financieros (becas de estudio, días de descanso, etc.).

En este tipo de sistema de salud se prioriza la promoción y prevención en salud, sin desmedro de disponer de oferta para todas las necesidades del espectro de atención. Las decisiones fuertemente centralizadas aportan a la eficiencia del sistema evitando gastos superfluos y facilitando la implantación de dispositivos efectivos de incorporación racional de tecnologías sanitarias.

La limitada participación de los usuarios, especialmente en lo referido a la libre elección de prestadores, es objeto de críticas, en especial por parte de autores influidos por la lógica capitalista.

Después de la caída del Muro de Berlín, en noviembre de 1989, quedaron pocos países con este sistema: China, Cuba, Vietnam y Corea del Norte (Durán, 2004; Chávez, 1996).

Sistema universalista, o de los sistemas nacionales, o de Beveridge

El primer esbozo de este sistema se ubica en Suecia, hacia la década de 1930, pero se consolida en el Reino Unido luego de que el político

inglés William Henry Beveridge (1879-1963) publicara en 1942 *Social Insurance and allied Services*.

Ese informe advertía del eventual estallido social que podía surgir con la reinserción de los combatientes una vez finalizada la guerra. Influido por ideas socialistas, Beveridge sostenía que el Estado debía generar las condiciones para destruir los cinco gigantes causantes de males sociales: la miseria física, la enfermedad –a menudo consecuencia de la miseria–, la ignorancia –de fatales consecuencia en democracia–, la pobreza –fruto de la mala planificación de la industria– y la desocupación que corrompe los hombres (Rosen, 1985).

Los efectos deletéreos de la Segunda Guerra Mundial facilitaron de alguna manera que a partir de los postulados de Beveridge se introdujeran modificaciones fundamentales en el sistema sanitario del Reino Unido, dando lugar al Sistema Nacional de Salud en 1945. Se basó en unificar los seguros sociales con respaldo en los presupuestos generales y con manejo centralizado en un ministerio creado al efecto, para asegurar protección universal e igualitaria. Es decir que se basó en principios de solidaridad, integralidad, unidad de gestión e inmediatez.

Es el modelo de base de los servicios nacionales de salud, adoptado con distintos matices en países europeos tales como: Inglaterra, Suecia (como fue mencionado, primer país en aplicar este modelo), Noruega, Dinamarca, España, Italia y Portugal.

Se caracteriza por contar con financiación pública proveniente de recursos impositivos y por garantizar el acceso universal a servicios de salud provistos por proveedores públicos, aunque en algunos casos también incorpora prestadores privados. Funda su funcionamiento en un sistema centralizado en cuanto a su planificación y normatización, y descentralizado respecto de su ejecución.

Actualmente, muchos de estos sistemas han sufrido reformas que en general apuntan a introducir otras fuentes de financiamiento, incluidos el pago directo de los usuarios y la contratación de proveedores privados o comunitarios. Uno de estos ejemplos es el del sistema de salud de Cataluña, España, en el cual aparece la figura de la agencia de compra, una función separada de la del financiador, que cumple el rol de comprar servicios ya sea a organismos públicos o privados, de acuerdo con pautas preestablecidas y controladas mediante contratos de gestión.

Es el modelo de mayor protagonismo estatal (financiador, regulador, prestador). Las formas de pago con proveedores mayoritariamente públicos son de tres tipos: por salarios, por cápitales y por presupuestos globales.

Sistema de seguros privados

Este sistema asume la salud como una cuestión privada y un bien de mercado. Brinda una cobertura limitada al que paga por el servicio, y en las condiciones y los alcances pautados. Tiene una organización fragmentada, descentralizada. Se funda en el principio de que la competencia mejora la calidad, baja los costos, y en la convicción del rol del mercado como distribuidor.

Por su concepción, los seguros privados de salud sostienen un enfoque individual antes que colectivo, por lo que otras políticas públicas que podrían impactar en la determinación social de la salud quedan excluidas de este sistema.

El financiamiento, aunque *a priori* pareciera solo privado, en la práctica es tripartito, ya que en los países donde se aplica hay otros aportantes. En este caso, concurren para su sostén los aportes y contribuciones –provenientes de contratos de trabajo en relación de dependencia–, y el gasto directo de las personas por el pago de la prima de “seguro” que se suma al aporte directo de bolsillo de las prestaciones no cubiertas. Incluso, en ocasiones el propio Estado, sea vía subsidios cruzados o directamente por el financiamiento de la cobertura de algunos agentes de la administración pública, también es una de las fuentes de financiación de este sistema.

Como en los demás sistemas, el gasto es creciente, por lo que en estos casos el mecanismo de contención se ajusta por limitación de prestaciones, siendo escaso el interés por la justicia y equidad en tanto el foco está puesto en el lucro y la rentabilidad. Esa misma razón explica la radicación preferente de prestadores en áreas de alta demanda y rentabilidad (Laurell, 2011).

Hacia 1970, entre las transnacionales más prósperas estaban las del complejo médico industrial (CMI), constituido por las grandes productoras de medicamentos, las productoras de equipos de diag-

nóstico y tratamiento, las empresas hospitalarias, las escuelas formadoras de trabajadores y profesionales de la salud y las cada vez más influyentes compañías de seguros privados de salud.

El CMI creció especialmente en Estados Unidos, país que nunca aceptó que la atención en salud fuera un derecho y que siempre le apostó al mercado libre de seguros de salud. La excepción a la regla solo la constituyen subsidios estatales focalizados como el *Medicare* –atención médica para personas mayores de 65 años y otras más jóvenes consideradas discapacitadas por estar afectadas por algunas patologías puntuales como insuficiencia renal crónica– y el *Medicaid* –programa federal con distintos alcances en cada Estado, que ayuda con los costos médicos a algunas personas de ingresos y recursos limitados– (Díaz Muñoz et al., 1994).

Aun con esos dos programas y después de las reformas impulsadas por Obama en 2010, quedan en el país referente mundial del capitalismo aproximadamente 30% de personas bajo la línea de la pobreza sin ninguna cobertura sanitaria –cerca de 28 millones de personas de todas las edades–.

En efecto, en 2010, antes del llamado *Obamacare*, había en el país 48,6 millones de personas sin seguro médico, un 16% de la población. En 2016, la proporción de ciudadanos sin protección cayó a 27,3 millones, que hoy representan un 8,6%. Este dato resulta inexplicable en un país que destina el 17,4% de su PIB a la salud, mucho más que quienes lo siguen, Suecia, Suiza y Francia, que no llegan al 12%. Estados Unidos ostenta el tercer mayor gasto sanitario per cápita, US\$ 9.403 al año, apenas por debajo de Suiza (9.674) y Noruega (9.522), que tienen menos de 10 millones de habitantes, pero el Estado solo aporta el 48%, ocupando el lugar 117 del mundo en este aspecto. La consecuencia de estas políticas es que la salud resulta muy cara para la población y bastante inaccesible para todos. En una sociedad que tiene un problema creciente de desigualdad de ingresos, esto deja a una parte importante de la población en una situación precaria y vulnerable (Manoukian, 2018).

Este sistema es de escasa regulación pública, aunque esta tendencia se esté revirtiendo. De hecho, en Argentina la función de la super-

intendencia de seguros de salud y el Programa Médico Obligatorio (PMO) como instrumento de regulación que impone exigencias mínimas, hablan en este sentido.

La Tabla 4 resume las características de los principales tipos ideales de sistemas de salud.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES PRINCIPALES TIPOS IDEALES DE SISTEMAS DE SALUD

Tipo ideal	Cobertura	Rol del Estado	Financiamiento	Formas de pago	Países
Universalista	Universal	Financiador	Impuestos	Salarios	Reino Unido
		Prestador		Cápitales	España, Suecia, Cuba, Arg. (púb.)
		Regulador		Presup. globales	En Argentina el sector público
Seguridad social	Asegurados	Financiador Regulador	Aportes y contribuciones sobre salario	Por acto	Alemania, Bélgica, Francia, Japón
				Por Cápitales	
				(3° pagador)	En Argentina, las obras sociales
Seguros privados	Aportantes	Regulador	Pago privado en base a riesgo	Por acto (directo)	EE. UU.
				Por reembolso	En Argentina, las prepagas

Fuente: Elaboración propia.

Ventajas y limitaciones de los tipos ideales

Surgen de la descripción de cada tipo ideal las bondades y limitaciones de cada uno. La Tabla 5 resume los tres más difundidos actualmente, siguiendo el análisis de Ginés González García (1995).

TABLA 5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS TRES PRINCIPALES TIPOS IDEALES DE SISTEMAS DE SALUD

Cualidades	Universalista	Seguridad social	Seguros privados
Fortalezas	* Cobertura universal * Estimula promoción-prevenición * Costo bajo y controlado * Evita prácticas innecesarias * Equidad en la atención	* Cobertura amplia * Costo medio * Satisfacción media del usuario * Relativa libre elección del prestador * Igualdad de base, luego at. diferenciada	* Cobertura restringida * Satisfacción individual * Rápida actualización tecnológica * Libre elección del prestador * Eficiencia económica
Debilidades	* Rigidez de gestión * Colas de espera * Baja productividad * Lenta actualización tecnológica	* Presión hacia la expansión del gasto * Gastos de administración * Tendencia a sobreutilización * Tendencia a la inequidad	* Alto costo y presión expansión el gasto * Desprotección de grupos vulnerables * Tendencia a sobreutilización * Gasto en marketing y amenidades

Fuente: Adaptación propia basada en González García (1995).

Formas de pago en los tipos ideales

Cada modelo ideal de sistema de salud muestra modalidades de pago que le son propias y que como tales generan algunas de las ventajas y desventajas mencionadas. No hay una forma de pago a los prestadores que por sí misma resulte óptima. Se analizan las tres modalidades más frecuentes en la Tabla 6: pago por prestación o pago por acto, pago por salario y pago por cápitales.

Para cada una de ellas se plantean las ventajas y desventajas, como así también algunas alternativas instrumentadas para superar las debilidades.

TABLA 6. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO

Modalidad de pago	Ventajas	Desventajas	Variantes
Prestación	Libertad profesional Facilidad de acceso al médico Mejor relación médico/paciente Libre elección del médico Libertad de cambio Buenos registros Estimula competencia Compensación según esfuerzo	Tendencia a trabajo individual aislado Énfasis en la enfermedad Tendencia a sobreprestar Tendencia a atención ineficiente Gasto imprevisible La frecuencia compensa el valor de la práctica (valor bajo = más consultas) Estimula el consumo	Reintegro total o parcial Co-pago o co-seguros Límites al uso de prácticas Deducibles Franquicias Períodos de carencia
Capitación	Favorece programas de promoción-prevenición Permite organización por niveles Posible competencia si permite libre elección y cambio de prestador Regula oferta Gasto predecible	Favorece indiferencia Difícil cálculo por especialidad El más responsable trabaja más Tendencia a la subutilización Insatisfacción de usuarios	Práctica por grupo
Salario	Dedicación profesional (posible régimen de dedicación exclusiva) Estimula la colaboración y trabajo en equipo Reduce malas prácticas Evita sobreprestación Gasto previsible Favorece desarrollo de moldes captados	Resta iniciativa y libertad profesional Desalienta competencia No relaciona remuneración con calidad y producción Débil estímulo de la relación médico-paciente Poca flexibilidad	Premios por eficiencia, producción y resultados Contratos de gestión con objetivos acordados entre el financiador y el prestador

Fuente: Elaboración propia.

Obsérvese que las consideradas ventajas, si bien responden a un análisis que pretende ser objetivo, no es menos cierto que se corresponden con el perfil ideológico de quien escribe y, por lo tanto, son pasibles de ser discutidas.

Otra clasificación: el modelo Evans

Robert Evans formuló un modelo empírico para clasificar los sistemas de salud, definiéndolos a partir de analizar los subsistemas de financiación, por un lado, y de pago y regulación, por otro (OECD, 1992).

La combinación de los dos primeros subsistemas le permite plantear siete modelos, partiendo a su vez de clasificar las **fuentes de financiación** como privada o voluntaria y pública u obligatoria.

Por otra parte, divide los **pagos a proveedores** en aquellos con desembolso directo de los consumidores sin seguro, con desembolso directo de los consumidores con reintegro del seguro, indirecto por terceras partes a través de contratos entre las partes y, finalmente, indirectos por terceros a través de presupuestos y salarios dentro de una organización integrada (integración vertical).

TABLA 7. MODELO DE EVANS PARA EL ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Modelos de pago	Financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	No existe (al menos en forma explícita, aunque en ocasiones funcionan figuras tipo Cooperadoras que presionan como forma recaudatoria)	Modelo voluntario de desembolso directo (mercado privado de salud)
Desembolso directo con reintegro	Seguro obligatorio con reintegro (basado en ingresos utiliza los llamados fondos de enfermedad, por ej., Bélgica)	Seguro voluntario con reintegro (Holanda)
Indirecto por contratos	Contrato público (financiamiento por impuestos, agencia compradora pública y contratos con prestadores, por ej., médicos de primer nivel de atención en el Reino Unido)	Seguro voluntario con proveedores contratados (Sector privado español o prepagas en Argentina)
Indirecto con integración vertical	Modelo público integrado (por ej., hospitales públicos de España, sector público en Argentina)	Seguro voluntario con integración de proveedores y aseguradores (por ej., HMOs USA)

Fuente: Síntesis propia.

Por no ser el objeto de este trabajo, no se analizará en profundidad esta clasificación, pero resulta pertinente dejarla planteada en la Tabla 7.

Resultados sanitarios en países emblemáticos de cada tipo ideal de sistema de salud

A modo de síntesis se muestra en la Tabla 8 una serie de indicadores sanitarios de algunos países. Fueron seleccionados por ser países en los cuales predomina alguno de los tipos ideales de sistemas de salud, aunque reiteramos que en la actualidad ninguno de ellos los despliega en estado puro. Esto quiere decir que todos presentan alguna variante del modelo o bien aplican otro, aunque sea en un grado reducido de expresión.

TABLA 8. INDICADORES ECONÓMICOS Y SANITARIOS DE ALGUNOS PAÍSES SELECCIONADOS, 2017

País	Tipo ideal de sistema de salud predominante	Gasto en salud como % del PIB (2016)	Gasto en salud por persona en dólares (2016)	Médicos por cada 1.000 habitantes (2016)	Esperanza de vida en años (2017)	Mortalidad infantil (2018)	Razón de mortalidad materna (2015)	% Causas de muerte por ENT (% del total) (2016)	% Causas de muerte por lesiones (% del total) (2016)	Índice de Capital Humano (escala de 0 a 1) (2017)	Desempeño total por país activo (2019)	
Gran Bretaña	Universalista	9,76	4.178	2,79	81,1	4,3	9	88,8	7,7	3,5	0,78	3,81
Suecia	Universalista (Beveridge)	10,9	5.387	5,39	82,3	2,7	4	89,9	5,2	4,9	0,8	6,83
España	Seguridad Social (Bismarck)	8,9	3.258	4,06	83,3	3	5	91,4	5,1	3,5	0,74	14,7
Alemania	Seguridad Social (Bismarck)	11,13	5.463	4,20	80,9	3,7	6	91,2	4,8	4	0,79	3,19
Francia	Seguridad Social (Bismarck)	11,5	4.782	3,23	82,5	4	8	87,6	6	6,4	0,76	9,1
Bélgica	Seguridad Social (Bismarck)	10,03	4.668	3,01	81,4	3,7	7	85,7	7,9	6,3	0,76	6,44
Cuba	Sistema centralizado	12,2	2.458	8,19	78,6	5	39	83,7	8,4	7,9	n/d	2,25
Vietnam	Sistema centralizado	5,66	356	0,82	75,2	20,7	54	77,2	11,5	11,3	0,66	1,89
Corea del Norte	Sistema centralizado	n/d	n/d	3,67	71,9	18,2	82	83,6	9,5	7	n/d	3,3
Estados Unidos	Seguros privados	17,1	9.970	2,59	78,5	6,5	14	88,3	5,2	6,6	0,76	3,86
Argentina		7,54	1.531	3,96	76,3	9,9	52	77,6	15,9	6,5	0,61	9,98

* Estimación modelado OIT.

Fonte: Elaboración propia basada en los datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators> y OMS para tasa de mortalidad infantil y razón de mortalidad materna.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Entender la situación actual del sistema de salud argentino obliga a repasar, al menos a grandes rasgos, las distintas etapas históricas de su evolución.

Seis momentos

Entre las muchas metodologías analíticas que sobre este tema se encuentran en la bibliografía del sanitarismo argentino, hemos escogido la que propone Hugo Arce (2010), y le agregamos dos momentos que, por la fecha de publicación de su trabajo, Arce no llegó a desarrollar.

Como toda clasificación esquemática de procesos evolutivos que se solapan mutuamente, esta es hasta cierto punto arbitraria, pero entendemos que resulta útil a efectos de identificar los aspectos principales de cada etapa.

Esta taxonomía parte de considerar el rol del Estado nacional desde la planificación y la existencia de uno o más centros de regulación y/o toma de decisiones en salud.

Modelo pluralista no regulado. El Estado liberal (antes de 1945)

Con una "fiesta para pocos y pagada por todos", Argentina celebró los 100 años del grito de libertad en un contexto en el que convivían huelgas y actos de sabotaje llevados adelante por los anarquistas y una oligarquía vernácula que pretendía demostrar al mundo el progreso de la París del Plata (Pigna, 2004). Era un país cuya dirigencia tenía la mirada puesta en Europa, ignoraba la Argentina profunda, y se mostraba conservadora y preocupada por las "ideas disolventes" que traían algunos grupos de inmigrantes.

Pero durante los primeros años del siglo xx, se produjo la transición de un modelo exclusivamente agroexportador hacia una economía mixta con creciente influencia del desarrollo industrial. Fue creciendo, de a poco, el protagonismo de algunos sectores sociales. En 1916, Hipólito Yrigoyen ganó las primeras elecciones en la que se aplicó la Ley Sáenz Peña, de sufragio obligatorio y secreto para todos los ciudadanos varones mayores de 18 años. El radicalismo llegó al gobierno por primera vez después de tres revoluciones, y con él, nuevos actores sociales, las clases medias y los hijos de inmigrantes. Sin embargo, asumían sin poder real, con minoría en el Congreso y con la limitada pretensión de “reparar” sin cambiar el orden de las cosas (Pigna, 2006).

Leyes obreras de Yrigoyen, la semana trágica y la Patagonia rebelde

Yrigoyen impulsó leyes laborales de avanzada para la época tales como el reglamento del trabajador ferroviario y sus jubilaciones, la ley del salario mínimo y de contratos colectivos de trabajo, o el código de trabajo de 1921 que legalizaba el derecho a huelga. Sin embargo estas iniciativas fueron bloqueadas por los conservadores en el parlamento.

Pese a ello, propios y extraños, entre ellos su principal adversario político, Lisandro de la Torre, le reconocieron a Yrigoyen su sensibilidad por las causas de los trabajadores. Pero en la práctica Yrigoyen mostró una actitud pendular: mediación favorable a los trabajadores en la huelga ferroviaria de 1917 y represión contra los obreros de la carne. Quizás la llamada “semana trágica”, que comenzó durante el verano de 1919 con un reclamo por condiciones de salubridad laboral, jornada de ocho horas y salario justo en los talleres metalúrgicos Vaseña, fue la más emblemática, pero no la única, mancha negra de esa gestión. Dos años después, también la Patagonia asumió la rebeldía ante la explotación de los trabajadores rurales por parte de los estancieros del sur.

En 1922 concluyó el primer gobierno radical. Yrigoyen dejaba algunos logros, como la reforma universitaria de 1918 y la extensión de la educación, pero sin superar los vicios conservadores del pasado le

traspasó el mando a Marcelo Torcuato de Alvear, un radical fundacional de cuna en la oligarquía ganadera. Las realizaciones en favor de las clases obreras, que lentamente habían emergido en el periodo anterior, se fueron frenando o perdieron ritmo. Cuando Yrigoyen retorna a sus 76 años a la Casa Rosada, en 1928, admite el retroceso operado por Alvear en su discurso inaugural del Parlamento en 1929: “la legislación social es inferior a las exigencias de la sociedad [...] nuestra estructura económica no está suficientemente tutelada [...] las realizaciones en el derecho positivo, en la legislación obrera se han detenido inopinadamente [...] es necesario mejorar la legislación protectora de los que trabajan” (Etchepareborda, 1983: 230).

En septiembre de 1930 Yrigoyen es derrocado por un golpe militar. El general José Félix Uriburu asume la presidencia e inaugura la “década infame”, caracterizada por el “fraude patriótico” y el asesinato de Enzo Bordabehere en el Senado. Son tiempos de medidas económicas dictadas por la oligarquía ganadera, en los que la desocupación, el hambre y la exclusión son fuente de inspiración para que Enrique Santos Discépolo escriba el tango “Cambalache”, que destaca los importantes contrastes sociales y la pérdida de valores humanísticos.

En ese contexto, con una marcada diversidad ideológica producto de las influencias inmigratorias, se gesta una fuerte sindicalización de los trabajadores, especialmente en las zonas urbanas. Ellos son los actores sociales que ingresan en el escenario político durante la siguiente etapa histórica.

Los higienistas, las disputas de poder y las mutuales

Con respecto a la salud, en estos tiempos, el hospital era el lugar para ir a esperar la muerte. La salud, lejos de ser considerada un derecho esencial, se abordaba como una cuestión individual librada a la capacidad económica de cada quien, con un Estado que apenas atinaba a asumir acciones sobre el medio para evitar la propagación de epidemias con elementales medidas de salubridad.

La posibilidad del contagio de enfermedades infecciosas impulsó la expansión del brazo del Estado a través de campañas como la vacu-

nación contra la viruela y del intento para controlar otras epidemias y endemias como la peste bubónica, la malaria y el tifus. Alguna lección habían dejado los brotes de fiebre amarilla, especialmente en Buenos Aires. Campeaban la tuberculosis, el paludismo, el mal de Chagas y altas tasas de mortalidad infantil. El cuidado de ancianos y niños sin familias, en el mejor de los casos, estaba a cargo de instituciones de caridad.

En el campo sanitario, sin embargo, no prevalecía ni el concepto de salud como derecho, ni mucho menos el de Estado como garante y, por tanto, planificador y regulador de los servicios de salud. Aun rescatando ejemplos importantes de funcionarios nacionales preocupados por abordar problemáticas vinculadas con las epidemias y la higiene pública como **Domingo Cabred** y **Pedro Coni**, su capacidad de administración era limitada dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba en manos de las sociedades de beneficencia.

Solo algunos problemas de salud concitaban la atención de los responsables sanitarios. Uno de estos era, sin dudas, la tuberculosis (TBC). Hacia 1911, la tasa de mortalidad por TBC era de 134 fallecidos cada 100.000 habitantes. María Belén Herrero y Adrián Carbonetti (2013) rescatan un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1936 que da cuenta de los esfuerzos realizados en este sentido y que se iniciaron con la fundación en 1901 de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, a instancias del Dr. Pedro Coni. En 1902 se dictaron en la Ciudad de Buenos Aires las primeras ordenanzas relativas a la declaración obligatoria de los casos, la desinfección de habitaciones ocupadas por estos pacientes, la prohibición de ciertos oficios a los enfermos, la de escupir en el suelo, los análisis gratuitos del esputo, etc. En 1904 se construyó el primer establecimiento destinado a tuberculosos en términos clínicos, el Hospital Tornú, con capacidad para 96 enfermos, que llegó a tener 700 camas para ambos sexos en 1936. En 1920 se crearon 5 dispensarios especializados y dos más en 1925. En 1924 se aprobó la construcción de la maternidad para tuberculosos en el Hospital Tornú y después se fundó el Preventorio Roca, para niños de hasta 8 años. La Colonia Marítima de Necochea, más tarde, permitió recibir a 500 niños más. En la lucha contra

la TBC también participaron el Departamento Nacional de Higiene, los dispensarios nacionales, la liga argentina israelita contra el mal, diversas mutualidades y la Sociedad de Beneficencia.

La mortalidad por TBC fue disminuyendo. Los mencionados autores lo adjudican en primer lugar a un aumento de dispositivos de atención médica, especialmente a partir de 1918, cuando, epidemia de “gripe española” mediante, se alcanzó un pico de 175 muertos cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, el impacto de la crisis en Argentina fue menor que en los países centrales y las condiciones económicas que desarrolló el país hicieron posible una dieta rica en proteínas, basada en la carne, que podría haber tenido algún tipo de influencia en la disminución del desarrollo de la enfermedad. En tercer lugar, el proceso de “tuberculinización”, por el cual, una vez ingresada la enfermedad en segunda y tercera generación, los sujetos de una población adquieren anticuerpos que actúan contra la enfermedad y evitan su desarrollo (Herrero y Carbonetti, 2013).

En cuanto a la organización del sistema de salud, como lo sugiere Arce (2010), el limitado alcance de los comunistas respecto de la mayor influencia de socialistas y anarquistas en el Río de la Plata —a diferencia de lo que ocurría en Chile— frenó probablemente el desarrollo de la red pública en esta etapa, dejando mayor auge al despliegue de entidades mutuales y de comunidades por fuera de la órbita del Estado.

La primera asociación mutual de nuestro país fue la Sociedad Tipográfica Bonaerense, en 1857, pero fue recién a comienzos del siglo xx cuando empezaron a surgir sociedades de socorros mutuos y se crearon los **hospitales de comunidad** como el Hospital Español, el Británico, el Francés, el Italiano, el Israelita, el Sirio-libanés, entre otros. Hacia 1915 existían en Argentina aproximadamente 1.200 sociedades de socorro, la mayor parte de ellas conducidas por socialistas, pero también otras creadas por la Iglesia católica como intento de neutralizar el avance del socialismo en esta materia. Ya entrada la década de 1940, y principalmente a partir de las iniciativas de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que estimulaba la creación de sindicatos y el fortalecimiento de los ya existentes, los más fuertes crean sus propias instituciones, como el **Policlínico Ferroviario Central**.

La realidad de este periodo, en consecuencia, es la existencia de una **pluralidad de iniciativas y formas jurídicas**, con presencia de organismos estatales activos, pero en disputa, tales como el Departamento Nacional de Higiene, encargado de la salud pública, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, perteneciente al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, responsable de crear instituciones de salud, tanto en Buenos Aires como en el interior del país, con un plan propio vinculado a internación y atención médica (Di Liscia, 2017).

Ninguna de las dos estructuras lograba influir en la definición de políticas globales y ejercían escasa o nula función regulatoria. La tarea de asistencia, en una sociedad que entendía a la salud como una preocupación que debía ser resuelta por la sociedad civil, quedaba entonces en manos de las mutuales, los propios trabajadores organizados o las organizaciones filantrópicas.

El “bien nacer”

La descripción precedente no obsta de rescatar algunos rasgos que también conformaron en parte el perfil de las políticas sanitarias de este periodo, con algunos claros oscuros dignos de mencionar, aunque la historiografía haya intentado ocultarlos.

Uno de estos es el referido a los intentos de instalar acciones tendientes a mejorar la “raza humana” en estas latitudes, acompañando las propuestas del naturalista británico Francis Galton, quien acuñó el término **eugenesia**, o “bien nacer”.

Esta delicada cuestión es digna de ser revisada ya que los intentos de darle entidad como ciencia en Argentina coinciden temporalmente con los gérmenes de experiencias como las que en Alemania desembocaron, durante la Segunda Guerra Mundial, en el Holocausto perpetrado por los nazis. Pero valga esta referencia, además, para advertir que la idea de que es posible perfeccionar biológica y psicológicamente al ser humano vuelve a emerger en forma cíclica (Vilella Cortés y Linares Salgado, 2011).

La eugenesia fue inicialmente planteada por Francis Galton en la década de 1860, pero el movimiento eugenésico tuvo alcance casi uni-

versal entre 1910 y 1940 cuando se convirtió en un extendido y complejo programa interdisciplinario en el cual estaban comprometidos importantes sectores de la comunidad científica internacional, tales como la biología, la sociología, la medicina y las tecnologías educativas. También la demografía, las ciencias jurídicas y la criminología se unieron al objetivo de mejorar la especie, apoyándose en mecanismos de selección artificial que ayudaran a la selección natural. Para ello, proponían políticas públicas destinadas a promover la reproducción de determinados individuos o grupos humanos considerados mejores y la inhibición de la reproducción de los considerados inferiores (Palma, 2016).

Las referencias a las medidas eugenésicas suelen distinguir las positivas de las negativas. Las primeras buscaban conservar las características de los mejores exponentes de la especie humana y perseguían el objetivo de contribuir de esa forma a la salud genética de las generaciones futuras, prohibiendo el mestizaje, por ejemplo. La eugenesia negativa propiciaba limitar los derechos reproductivos y en función de ello promovía la eliminación de caracteres indeseables mediante la segregación sexual y racial, restringiendo movimientos migratorios e, incluso, llegando a la esterilización involuntaria.

Héctor Palma sostiene que la eugenesia, en su implementación práctica, “es un caso paradigmático de la biopolítica en sus dos sentidos principales: como una concepción del Estado, la sociedad y la política en términos, conceptos y teorías biológicas, y también como el modo en que el Estado organiza y administra la vida social de los individuos mediante la organización y administración de la vida biológica” (Palma, 2016: 160).

En Argentina hubo iniciativas en favor de la eugenesia entre los años 1916 y 1932. En 1916, el médico Antonio Vidal describió detalladamente el programa de conformación de una sociedad eugénica en Argentina, en el marco del Primer Congreso Nacional de Medicina celebrado en Buenos Aires y presidido por el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Aráoz Alfaro, quien ocupó en más de una oportunidad la presidencia del Departamento Nacional de Higiene (1918, 1923-28, 1930-31) y se ocupó de temas como la asistencia a la infancia y la mortalidad infantil, la tuberculosis y el tracoma, fue el primer presidente de la

Sociedad Eugénica Argentina. Años más tarde, en 1930, y luego del derrocamiento de Irigoyen, se constituyó la Sociedad Argentina de Biotopología, Eugenesia y Medicina Social.

El término “eugenesia” en Argentina, al decir de Vallejo, “quedaba inmerso en una ‘viscosidad’ capaz de integrar profundas diferencias [...] según se pusiera el foco en el control de la moral, la selección del inmigrante, el combate contra ‘los venenos de la raza’, o la apelación a medidas más drásticas de orientación biologicista, hereditarista y mendeliana” (Vallejo, 2018: 22).

Lo cierto es que en torno al concepto de eugenesia, en las primeras tres décadas del siglo XX, se congregaban, no sin ciertas disputas de poder, científicos y educadores que coincidían en ver a la eugenesia como dispositivo ordenador de la sociedad. En función de ese concepto, proponían acciones que incluían medidas de profilaxis, educación sexual, combate al alcoholismo y a las enfermedades venéreas, selección de inmigrantes impedire incluso de impedimento a “la procreación de seres cuyos productos tengan grandes probabilidades de nacer desgraciados o incapaces”, como llegó a sugerir Aráoz Alfaro en una conferencia radial en 1932 (Vallejo, 2018: 25).

Diego Armus sostiene que “la eugenesia se situó en la intersección de la biología y la política y fue, sin duda, una idea de época” (Armus, 2016: 151). No fue una pseudociencia como la frenología,⁷ otra idea de principios del siglo XX que rápidamente se reveló como insostenible, sino el intento de racionalizar el deseo de control y dominio de la población que muchos integrantes de las elites gobernantes entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, entendían como prioritario.

⁷ Frenología: pseudociencia desarrollada por el anatomista vienés Franz Joseph Gall, que pretendía explicar por medio de la inspección minuciosa del cráneo del individuo características tales como su capacidad mental, su carácter y su personalidad.

Para el Estado liberal, la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma, salvo algunas excepciones como la mencionada tuberculosis, sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, o dicho de otra manera, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia.

Modelo de planificación estatal centralizado. El Estado de bienestar (1945-1955)

En esta etapa, que se inicia a partir de la Revolución de 1943 y se consolida con el periodo democrático que inaugura Juan Domingo Perón en junio de 1946, se produce un cambio fundamental. El excluido pasa de ser un objeto de la caridad, para transformarse en sujeto de derecho. En el mundo, la salud como parte de las políticas sociales empieza a ocupar un espacio de relevancia en las áreas de interés público y en la Argentina, la aparición en escena del Dr. Ramón Carrillo modifica el perfil del sistema de salud.

En 1946 residían en el país poco menos de 16 millones de habitantes, la tasa bruta de mortalidad en el quinquenio 1940-1945 era de 11,3 por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil era de 80 por 1.000 nacidos vivos (Carrillo, 1975). La esperanza de vida era de 61 años (Somoza, 1967), poco menos del doble de la que imperaba hacia 1883. Pese a las acciones emprendidas durante el periodo anterior para abordar el problema de la tuberculosis, hacia 1946 la tasa de mortalidad por esta enfermedad era del 72,6 por cada 100.000 habitantes.

Con la creación de la Secretaría de Salud Pública y del Código Sanitario Nacional, en 1947, la política de salud experimenta una gran transformación, consolidándose las bases del sistema público de prestaciones de salud.

Como recuerda Rodolfo Alzugaray, la política de salud que despliega Carrillo se funda en tres principios enunciados por Perón:

1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y la sanidad;
2. No puede haber política sanitaria sin política social;
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica, si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados (Alzugaray, 2009).

A partir de esas premisas, Carrillo vuelca en un verdadero cuerpo doctrinario las grandes líneas del pensamiento político sanitario del justicialismo. Es por eso que no puede entenderse a Carrillo sino enmarcado en la gesta social, política y económica que se desencadena a partir del 17 de octubre de 1945. Tampoco puede obviarse en lo referido específicamente al campo de las políticas de salud, la influencia del modelo iniciado por el Sistema Nacional de Salud en el Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés).

El impulso a la infraestructura sanitaria y la creación de institutos

En 1946, el país tenía aproximadamente 66.300 camas hospitalarias, de las cuales 15.425 pertenecían a establecimientos nacionales, es decir solamente 23% (Veronelli y Veronelli Correch, 2004a). Después de la gestión de Carrillo, las camas en mutuales y otras entidades privadas habían reducido su participación proporcional al 13% (Tobar, 2012).

La capacidad inversora del Estado nacional se reflejó con fuerza en el campo sanitario mediante la construcción y el equipamiento de un muy importante número de establecimientos sanitarios. Se construyeron 4.229 establecimientos de salud, entre ellos 35 grandes policlínicos en todo el país y el número de camas creció desde 66.300 en 1946 a 134.218 en 1954. Por primera vez se jerarquizó el sector público y el avance fue de tal despliegue territorial que la autoridad sanitaria nacional, que se transformó en Ministerio de Salud, asumió la hegemonía del sector y prevaleció por sobre las autoridades jurisdiccionales.

Entre 1946 y 1954 se construyeron 234 hospitales, 60 institutos de especialización, 50 centros materno-infantiles, 16 escuelas técnicas,

y biológico, o mesocosmos; y el medio familiar y social, o macrocosmos, es decir, el ser humano, la naturaleza y la sociedad.

Con esta concepción integral, y siguiendo la doctrina de la medicina social, la expectativa era remodelar el sistema para que pivotara en torno de los centros de salud y dispensarios, con inserción comunitaria y con médicos funcionarios del denominado "ejército de salud", en contraposición con el anterior modelo del médico francotirador, recluso en un consultorio para ejercer la profesión en forma individual (Arce, 2010).

En esta etapa, como quizás pocas veces antes, hay una fuerte sinergia entre las políticas públicas, ya que estas integran un proyecto de gobierno al servicio de la construcción de un modelo de país.

Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación (Carrillo, 1974: 31).

Carrillo entendió como pocos de su época que la salud estaba condicionada por el lugar que cada uno ocupa en la cadena productiva y que la determinación social era más potente, desde el punto de vista de la salud, que las nuevas técnicas quirúrgicas y los modernos medicamentos que empezaban a descubrirse en la segunda posguerra. Fue el Dr. Ramón Carrillo quien nos enseñó que:

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas... por ello, en los futuros libros de patología, tendremos que agregar como causas de enfermedad, además de los agentes biológicos, físicos y químicos que conocemos los médicos, los agentes psicológicos, los agentes sociales, los agentes económicos y los agentes étnicos (Carrillo, 1973: 426).

23 laboratorios y centros de diagnóstico, 9 hogares-escuela y unidades sanitarias en todas las provincias.

El ministerio creó gran cantidad de organismos e institutos para operativizar los planes gestados en el nivel nacional para todo el país sobre la base del principio defendido por Carrillo de **centralización normativa y descentralización administrativa**.

Entre los institutos especializados destacan los de oncología, en varias provincias, lo mismo que los dedicados a la hemoterapia, la nutrición y la medicina preventiva. Varios se localizan en la capital para ser referentes nacionales, como los del Quemado, de Gastroenterología, Medicina Tecnológica, el Bacteriológico, de Rehabilitación del Lisiado, Enfermedades Tropicales y Paludismo, de Óptica y Lumineotecnia, entre otros.

La formación de los trabajadores de salud fue priorizada durante la gestión de Ramón Carrillo, para lo cual se creó una dirección de enseñanza técnica e investigación científica.

En una organización cualquiera, su rendimiento depende de la calidad del personal (la organización, el cuerpo social está constituido de hombres). En Salud Pública este problema ocupa un primer plano por la extraordinaria diversidad de profesionales y oficios existentes y necesarios para el correcto funcionamiento de los servicios (Carrillo, 1975).

Carrillo le dedicó mucha energía a la formación de trabajadores de salud, tanto en el aspecto asistencial como para la administración del sistema de salud, y categorizó al personal sanitario de manera de mejorar sus sueldos y diseñar una carrera.

Endemias, epidemias y medicina social

Carrillo pensaba que los planes debían organizarse en torno de tres ámbitos concéntricos pivotando alrededor del hombre, en los cuales se generaban al mismo tiempo la salud y el riesgo de enfermar: el medio psicofísico individual, o microcosmos; el medioambiente físico

El padre del sanitarismo nacional estaba convencido de que no se construiría salud para los argentinos solo edificando hospitales fastuosos. Se necesitaban hospitales y dispensarios de salud en todos los rincones del territorio argentino, pero aun así, con eso no alcanzaba. Carrillo sostenía que "el Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es, ni puede ser un pueblo digno" (Carrillo, 1974: 19). Por esa razón también Carrillo dedicó esfuerzos a combatir endemias y epidemias.

El Dr. Carlos Alberto Alvarado, hacia finales de la década de 1960 y después de un recorrido profesional notable, fue pionero con su "plan de salud rural" en Jujuy de lo que años más tarde se terminó consensuando en Alma Ata como la estrategia de la atención primaria de salud.

Alvarado, egresado con diploma de honor de la Universidad de Buenos Aires en 1928, fue becado para estudiar la malaria en Italia, país que era referencia mundial al respecto por haber reducido notoriamente la epidemia, y porque había desarrollado y monopolizado la producción de quinina, en aquellos años el único medicamento eficaz contra el paludismo. A su regreso, Alvarado fue designado director regional de paludismo, pero también se dedicó a otras enfermedades y a temas sanitarios regionales tales como la profilaxis del bocio endémico, el tracoma, la anquilostomiasis, la tuberculosis y la fiebre amarilla selvática, así como la vigilancia epidemiológica de la peste, el tifus exantemático y la viruela (Pérgola, 2012).

Alvarado sostenía que no alcanzaba con el uso de la quinina para combatir el paludismo, había que eliminar al vector de la enfermedad.

En nuestro caso toda la campaña sigue las estrategias que para cada problema ha delineado el Dr. Alvarado, quien nos dice cosas como la que sigue: "Es costumbre objetivar la epidemiología por una cadena de tres anillos: hombre enfermo-mosquito-hombre sano. Esta cadena puede romperse teóricamente en cualquiera de los tres anillos, pero en la práctica solo es posible abordar con éxito el del medio, el mosquito. De los tres anillos hay dos que 'son agredidos' (hombre) y uno que es 'el agresor' (mosquito) [...] la acción contra el agresor es más decisiva [...] tienen fundamental importan-

cia el conocimiento del teatro de operaciones y la conducta del agresor, vale decir, la zona de endemicidad en sus aspectos físicos y demográficos, y los hábitos y costumbres del mosquito transmisor" (Alzugaray, 2009: 100-101).

Alvarado sostenía que el tratamiento de un enfermo de paludismo era un problema clínico, y el de una comunidad palúdica, en cambio, era un problema social. Para combatir el paludismo, Carrillo y Alvarado coincidieron en impulsar una estrategia heterodoxa que contradecía la escuela italiana, que fundaba sus intervenciones en el uso de la quinina y la eliminación de los pantanos, pero que solo consiguió apoyo institucional efectivo cuando el Dr. Ramón Carrillo fue designado como secretario de Salud. Alvarado, acompañado por Carrillo, le presentó la propuesta a Perón y fue tan elocuente que inmediatamente consiguió el aval para lo que llamaba "saneamiento específico" (combatir específicamente al mosquito *anopheles pseudo punctipenne* y no al resto).

El uso masivo del dicloro difenil tricloretano (DDT) para el rociado de viviendas se inició en setiembre de 1947 y se prolongó hasta 1949, año en que terminó la campaña. El DDT interrumpe el ciclo del parásito (*plasmodium*) en el mosquito, siendo este efecto más productivo que la muerte misma del mosquito. Cuando se empezó a detectar resistencia al DDT, se lo reemplazó por el hexa cloro ciclohexano (Gamexane®). Los resultados fueron contundentes: en 1941 se habían registrado aproximadamente 122.000 casos de paludismo, y en el mismo mes del año 1955 solo había 240. Nuestro país era el primero en erradicar el paludismo en su territorio.

Planificación, regulación y construcción de soberanía sanitaria

Carrillo, en línea con el pensamiento de Perón, revolucionó el campo de la salud en Argentina, marcó un nuevo rumbo jerarquizando al hospital público como instrumento, e inauguró una etapa con protagonismo estatal en la planificación y la regulación del sistema de salud.

Un ejemplo de esto último es el **Programa Emesta** (Especialidades Medicinales del Estado). Al inicio del gobierno, en 1946, uno

de los conflictos más acuciantes era el encarecimiento brusco de los medicamentos, que los hacía prohibitivos para los sectores más humildes.

Por iniciativa de la entonces Secretaría de Salud Pública conducida por Carrillo, Perón firmó el Decreto 25394/46 que crea Emesta. Dos años después, Carrillo pudo anunciar el lanzamiento al mercado de las especialidades medicinales del Estado. Los productos eran entre 50 y 75% más baratos, y en calidad, iguales o mejores que los importados. Aunque la producción de Emesta no alcanzaba para cubrir la demanda, sirvió para superar la crisis y establecer una pauta que devino en regulatoria de ese mercado (Carrillo y Carrillo, 2004).

Crece la red pública y la seguridad social

Como en casi todos los aspectos de nuestra historia, también en el sanitario, el primer y el segundo gobierno de Perón configuraron un punto de inflexión rotundo en el curso de las políticas públicas. Pero, asimismo, es entonces cuando esta matriz de respuestas fragmentadas se consolida.

Por un lado, se inicia una contundente inclusión social junto con la expansión de los derechos sociales en general y una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, lo cual aproxima notablemente el sistema al modelo del Estado de bienestar. Por otro lado, se expande la lógica del seguro social enfocado en un grupo de trabajadores formales asalariados que daría lugar más adelante a lo que hoy se conoce como obras sociales.

En esta etapa, si bien persiste la diversificación del sistema y no se coarta la libertad de iniciativas, la tendencia a hegemonizar el sistema mediante el fenomenal incremento de la capacidad instalada pública conducido por Ramón Carrillo y consustanciado con un ideario humanístico, que promovía el acceso equitativo a la salud como derecho, va modelando una organización predominantemente estatal de gran expansión territorial.

Modelo pluralista de regulación descentralizado (1955-1990)

Carrillo dejó el Ministerio de Salud en 1954 y el periodo inaugurado por Perón en 1946 culminó brutalmente con la autodenominada "Revolución Libertadora", en setiembre de 1955. Con ello se interrumpía más que un proceso democrático, se discontinuaba un proyecto político de corte nacional y popular transformador.

El general Eduardo Lonardi se proclamó presidente el 21 de setiembre, en Córdoba, y recibió los atributos del mando el 23, en Buenos Aires. Pretendió concretar su consigna "ni vencedores ni vencidos", pero fracasó en el intento. Fue desplazado en noviembre y reemplazado por el general Pedro Eugenio Aramburu.

La CGT realizó una huelga general en apoyo de Lonardi y fue disuelta después del reemplazo del presidente; el Partido Peronista fue proscripto. Se formó una Junta Consultiva en la cual participaron los partidos políticos. El 13 de noviembre se inició un gobierno explícitamente anti-peronista con un objetivo central: "Suprimir todos los vestigios de totalitarismo para restablecer el imperio de la moral, de la justicia, del derecho, de la libertad y de la democracia" (Veronelli y Veronelli Correch, 2004a: 539).

Esa dictadura se encontró con un Ministerio de Salud muy distinto al de una década antes. Habían crecido los números de establecimientos, de camas, de reparticiones y de empleados. El panorama era complejo y se tomaron dos decisiones: descentralizar y pedir ayuda internacional.

Se definió iniciar un proceso de **descentralización**, para "afianzar el federalismo". Desde ese momento hasta 1983, cada gobierno militar que asumía pasaba hospitales de la órbita nacional a la provincial y cada gobierno civil hizo lo contrario, hasta que Aldo Neri quebró esa tradición, completándose la transferencia a las provincias durante la gestión de Carlos Menem, como mencionaremos más adelante.

Al mismo tiempo, el ministro de Salud, el Dr. Francisco Martínez, y el subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública, el Dr. Fran-

cisco Elizalde, activaron el pedido de colaboración internacional, que Carrillo había iniciado dos años antes, expresando el propósito de "perfeccionar la organización de los servicios de Salud Pública y Bienestar Social del país [...]" para lo cual manifestaban su interés "en llevar a efecto un estudio total del problema que abarque las situaciones en el orden nacional, provincial y municipal" (Veronelli y Testa, 2002).

El primero de los informes presentados por la comisión de expertos fue el de Odair Pedrosa (profesor de Administración Hospitalaria de la Escuela de San Pablo), fechado en 1956. Refleja con exactitud el eje conceptual de la propuesta sugerida para Argentina:

La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas (Veronelli y Testa, 2002: 83).⁸

Como se mencionó, uno de los cambios que se concretaron es esta etapa fue la delegación progresiva de competencias desde el Estado nacional a las provincias. Mario Rovere destaca:

El furor por desmontar la estructura nacional no se detuvo ni siquiera por la grave epidemia de poliomielitis que como toda crisis podría haber creado condiciones para el fortalecimiento del "sistema" y que probablemente retrasó el desmontaje programado (Rovere, 2004: 3).

En efecto, en 1956 la poliomielitis, enfermedad cuyo carácter endémico venía cambiando a epidémico desde hacía varias décadas, produjo su mayor brote en la historia del país. Se registraron casi

⁸ Los resaltados son nuestros.

6.500 casos y su impacto llegó a reflejarse en las tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil de 1957.

En forma concomitante, se verificó durante este periodo el crecimiento de entidades no estatales (sindicales, mutuales, prepagas) que pasaron a controlar distintos segmentos de las relaciones contractuales entre usuarios, prestadores y financiadores. Esa combinación generó un modelo que retomaba el **perfil plural**, por un lado, pero que caracterizaba esta etapa por **descentralizar la función regulatoria**, perdiendo el Estado esa capacidad de modulador del sistema.

Durante la primera fase de este periodo, en consonancia con las tendencias sugeridas para América latina, el desarrollismo entró en escena y, tal como refiere Tobar (2012), el rol distribucionista del Estado fue reemplazado por el de garante de la acumulación de capital.

El sector salud sufrió el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional condujeron a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica se tradujeron en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización concluyeron con el traslado de la administración de la red hospitalaria nacional bajo la responsabilidad de los estados provinciales. Esa "política de transferencia" que impactó de manera diferenciada en los servicios, según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundizó las carencias de una red de servicios que aún no terminaba de consolidarse en el momento del golpe de Estado de 1955.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucró un "achicamiento", ni una privatización. Por el contrario, los organismos estatales se expandieron, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comenzó a desarrollarse en su interior una capa tecno-burocrática vinculada con el sector empresario nacional e internacional, y directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso modernizante y eficientista ponía el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes (Belmartino y Bloch, 1994).

Desde el punto de vista de las políticas de salud, el paradigma que preconizaba la transición desde el modelo clínico individual a uno

de base epidemiológica, y por ello colectiva, estaba directamente relacionado con un sistema de atención basado en servicios públicos planificados desde el Estado.

Ese es el modelo que quedó trunco en 1955, asumiéndose otro, basado en el objetivo de proveer a toda la población atención médica accesible, integral, integrada y oportuna. El paradigma propuesto en esta etapa se fundaba en la idea de que se podía acceder a todos los servicios de salud y niveles de complejidad entrando por distintas puertas. Esta es la base conceptual de un sistema plural, opuesta a la de un sistema único estatal.

Sin embargo, durante esta etapa signada por la fragmentación y la regulación descentralizada no se logró garantizar los principios de Alma Ata. Se mostró incapacidad para integrar los recursos disponibles en forma efectiva y el sistema entró en crisis de la mano de la hiperinflación de 1989.

Sin dudas, las obras sociales se constituyeron en actores centrales de esta fase, ya que determinaron en gran medida el accionar de otros actores del sector. En efecto, se trata de un proceso que se inició en el periodo anterior, durante el cual los trabajadores, a través de sus organizaciones sindicales, decidieron asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud y sus determinantes. Eso en el contexto de un país que se industrializaba de la mano de un movimiento político no clasista que contaba con el movimiento obrero como su columna fundamental. Los trabajadores entendían que, en cuanto clase social, habían acumulado el suficiente poder para constituirse en artífices de la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades —actores sociales para algunos autores, sujetos sociales para otros—, en concordancia con el desarrollo de una concepción de Estado que comenzaba a bregar por el bienestar de sus ciudadanos y, si se quiere, desde una mirada de la economía de la época, en la preservación de la fuerza del trabajo y de su familia.

En ese marco de desarrollo del Estado como responsable de la satisfacción de los derechos esenciales de sus ciudadanos, y con el crecimiento de las estructuras del Estado para satisfacer esas demandas, los trabajadores decidieron —como colectivo de clase— crear y

conducir sus propias organizaciones sociales en forma voluntaria y de acuerdo con su agrupación por rama de actividad o lugar de trabajo.

Así nació el seguro de salud en la Argentina, por decisión de los trabajadores, por fuera de las estructuras del Estado, con aportes desde el salario, en forma voluntaria, por rama de actividad y con criterios de equidad y solidaridad. De esta forma, los mejores salarios colaboraban con los "compañeros" de menores ingresos aportando para un fondo solidario administrado por los trabajadores a través de sus propias organizaciones.

Por lo tanto, trabajadores y sindicatos aparecían amalgamados en una unidad conceptual, operativa, organizacional, con el consecuente desarrollo de instituciones que se consolidaban en el objetivo del bien de clase, las obras sociales (OS) (Leone, 2011).

Estas organizaciones crecieron en capacidad financiera y operativa, incrementaron el número de afiliados y comenzaron a orientar sus inversiones en la generación de servicios de salud propios, turismo social, hotelería, proveeduría. Pero el gran impacto financiero se concentró en la contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores.

La evolución del modelo prestador de servicios médicos en la Argentina muestra que a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce el gran desarrollo del sector privado en salud. La demanda concentrada en los beneficiarios de las obras sociales orienta la oferta de servicios de atención médica, que se organiza a través de corporaciones de profesionales de la salud, sanatoriales, farmacéuticas y de producción de insumos médicos y medicamentos, todo lo cual conforma el mercado de la medicina de lucro o comercial.

A fines de la década de 1960 y principios de la de 1970, los binomios militar-corporaciones y corporaciones-gerenciadores comenzaron a tener fuerte injerencia en el desarrollo del modelo. En el marco del Estado autoritario, durante la dictadura militar del periodo 1966-1973 (Onganía), se estableció la necesidad de regular las obras sociales a partir de la promulgación de la Ley N° 18610, que definía la obligatoriedad del aporte de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores, lo que inició la etapa impositiva y regulatoria de la seguridad social. Esa fue una norma legal promulgada por decisión exclusiva de los militares apropiadores de la conducción del Estado,

con el apoyo (la complicidad) de corporaciones-gerenciadores que se aseguraban el financiamiento y la cautividad de la demanda.

Corresponde mencionar que no se llegó con una postura unificada del movimiento obrero a ese acuerdo entre militares y sindicalistas. En efecto, después de la caída de Perón se sucedieron los gobiernos de facto y democráticos y hacia mediados de la década de 1960, bajo el gobierno de Juan Carlos Onganía, el movimiento obrero se debatía entre dos posturas bien distintas. Un sector decidió resistir la dictadura y, con el liderazgo del gráfico Raimundo Ongaro, formó la CGT de los Argentinos. Otro grupo de sindicatos, bajo la conducción de Augusto Timoteo Vandor, dirigente de Unión Obrera Metalúrgica (UOM), intentó su propio juego. En ese contexto se promulgó la Ley de Obras Sociales que devolvía a los sindicatos una parte importante del manejo del sistema de salud. La resistencia sindical se expresó con levantamientos populares, entre ellos "el Cordobazo". Finalmente, el poder militar habilitó una nueva apertura democrática y el peronismo volvió al poder, en 1973 (Medina y Narodowski, 2015). Sin embargo, poco se modificó en lo referido al manejo de las obras sociales.

Durante este periodo, los sistemas de salud y su consolidación estuvieron atravesados por las discusiones políticas que se vivían en nuestro país, dando lugar a diferentes momentos del modelo pluralista de planificación descentralizada.

Con la aprobación en 1970 de la Ley N° 18610 de Obras Sociales, se institucionalizó un modelo en el que el sector de las obras sociales gestionaba sus propios espacios y estrategias de atención de la salud de sus afiliados, lo cual favoreció la contratación de servicios de salud en el sector privado de la medicina, dejando los destinos de la salud pública librados a los mandatos de austeridad fiscal que se pregonaron durante la época.

Segundo intento en favor de avanzar hacia un sistema universal

Recuerda Francisco Leone en el artículo ya referenciado que "durante el corto periodo del gobierno democrático del 1973 a 1976 merece destacarse que se aprobó por parte del Congreso de la Nación, la ley del **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS), que instaló el

debate sobre la organización integrada de los subsectores con la conducción del Estado con fuerte orientación hacia el subsector público” (Leone, 2011).

El SNIS, como iniciativa en favor de integrar el sistema el sistema de salud, fue especialmente resistido por las corporaciones médicas y de prestadores privados. También hubo oposición de las organizaciones de trabajadores. Logró implantarse por poco tiempo en algunas provincias como Chaco, Formosa, La Rioja, San Luis. Río Negro y La Pampa fueron dos provincias que acompañaron el proyecto, desplegando su propio plan de salud con una orientación similar.

En 1973, el Dr. Alberto Dal Bó fue designado interventor del Consejo Provincial de Salud y acompañó la gestión del ministro de Asuntos Sociales, Alberto Pawly.

Dal Bó y Julio Genoud, como director general de Salud Pública, lograron que en 1973 se aprobara la Ley N° 898 de Salud de Río Negro, el régimen de dedicación exclusiva para profesionales y el presupuesto adecuado para desplegar el Plan de Salud en esa provincia. Hacia abril de 1974, el Consejo Provincial de Salud Pública recordaba que “un objetivo fundamental del ‘Plan Trienal de Salud’ era asegurar la accesibilidad de la población a una medicina moderna, humanizada y gratuita” (Dal Bó, 2008: 117).

La incorporación de 100 médicos de dedicación exclusiva, en una provincia que entonces contaba con 400 en total, permitió cambiar bruscamente la oferta sanitaria a través de ampliar horarios y mejorar el acceso. Lo que se percibió como una mejora fue interpretado como una catástrofe por parte de la corporación médica que en la dedicación exclusiva advertía una seria amenaza, como también lo sostiene Rovere: “La resistencia de las corporaciones profesionales concentra reclamos a nivel nacional en una cuota de participación en el sistema. Sin embargo, a nivel provincial muchas animadversiones se concentran en el régimen de dedicación exclusiva de los profesionales del sistema presionando a través del control y en la obligatoriedad de su colegiación” (Rovere, 2015: 6).

Durante todo el año 1974 en Río Negro, mientras el plan de salud se consolidaba, mejorando el acceso al derecho a la salud, creció una campaña de desprestigio propiciada por la Federación Médica.

La campaña de hostigamiento contra el plan de salud se dirigió directamente a los médicos de dedicación exclusiva, efectores imprescindibles a través de quienes se materializaban los servicios finales que llegaban a la población [...] llegaron las amenazas de muerte [...] allanaron viviendas de varios profesionales en Bariloche, y por último colocaron bombas a médicos del plan (Dal Bó, 2008: 122).

La renuncia masiva de los médicos de dedicación exclusiva obligó a la renuncia de Dal Bó y Genoud, que fue aceptada por el gobernador, cerrando una valiosa página y con ella clausurando el plan de salud de Río Negro y la expresión local del SNIS.

El SNIS también fue resistido por sectores sindicales que, a diferencia de lo que quizás suponía el ideólogo del proyecto, el Dr. Domingo Liotta, no aceptaron pasivamente esta idea de que la Ley N° 20748 mediante la cual se aprobó el SNIS exceptuaba a las obras sociales sindicales de integrar el sistema, al igual que las de fuerzas armadas, seguridad y universidades.

Aquí la dirigencia sindical sostiene la necesidad de preservar el modelo de atención médica a través del mercado (contratación con terceros del sector privado), en contraposición con los sectores de la medicina sanitaria que plantean a la medicina pública y al Estado como garante y articulador del sistema de salud. Los binomios sindicalistas-trabajadores y corporaciones-gestionadores ejercían una intensa oposición a la ley, lo que significaría su ulterior fracaso a partir de la no adhesión de las provincias a la misma (Leone, 2011: 71-72).

Con escasas provincias adherentes, el SNIS terminó de naufragar con el golpe de Estado del 24 de marzo de 1976, poniéndose punto final al segundo intento de integración del sistema de salud argentino.

Durante la última dictadura cívico-militar del periodo 1976-1983 se sancionó en 1980 la Ley N° 22.269, que regula las obras sociales en reemplazo de la Ley N° 18.610. Es en esta etapa cuando los binomios militar-corporaciones y en especial empresarios-empresas, con fuerte perfil transnacional, comenzaron a tener mayor incidencia en las políticas del Estado autoritario-dictatorial. La norma fortalecía los

mecanismos de control pero se destacaba en su articulado la posibilidad de la libre elección de la obra social por los beneficiarios, con el consecuente traspaso de los aportes y contribuciones a la OS elegida. Se abrió así el capítulo de la desregulación de la seguridad social, que se terminó de escribir en el siguiente momento que en este capítulo se describe.

Florencia Cendali y Luciana Pozo (2008) señalan que “El período comprendido entre 1977-1990 se caracteriza por la crisis del modelo pluralista de planificación descentralizada (Katz, Arce y Muñoz, 1993). Se privilegian las tecnologías de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico; en este sentido, se puede afirmar que el modelo de prestación se orienta hacia el tratamiento de la enfermedad y los servicios de alta complejidad”.

Las autoras destacan que durante esos años los hospitales dejaron de ser los únicos portadores de tecnología de diagnóstico, debido en gran parte a la falta de una dirección clara en torno a los destinos de las políticas sanitarias, sumado a un persistente ajuste y una relegación de las políticas públicas de salud en las discusiones de las prioridades de la agenda pública (Cendali y Pozo, 2008).

Si bien Argentina adhirió en el año 1978 a los tratados de Alma Ata, que priorizaban un enfoque de Atención Primaria de Salud (APS), en los hechos poco se hizo desde el sector público en coordinación con las obras sociales y el sector privado para desarrollar estrategias de salud públicas basadas en la APS.

Último intento de integrar el sistema de salud argentino

Con la recuperación de la democracia, y siendo Aldo Neri ministro de Salud y Bienestar Social, surgió un nuevo proyecto que intentó integrar el sistema a través de un Seguro Nacional de Salud (SNS) –tercer intento de sistema nacional integrado de salud, después de Carrillo y el SNIS– por medio de la **unificación financiera del sistema**, admitiendo en su interior una **oferta plural de servicios de atención médica**. Por otra parte, se propuso universalizar la cobertura del seguro de salud complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos.

[...] encontró una férrea oposición del sindicalismo, que lo veía como un intento de subordinarlo al proyecto político del gobierno radical. El proyecto reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las obras sociales (González García y Tobar, 1997: 142).

Las expectativas técnicas en torno de la sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud no se condecían con la viabilidad política y el proyecto encontró muchos obstáculos para ser aprobado. El impulso integrador que proponía se fue diluyendo y finalmente se perdió en las leyes sancionadas en una maratónica sesión parlamentaria de fin de año, el 29 de diciembre de 1988 (Ley N° 23660 de Obras Sociales y Ley N° 23661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud). Estas, aunque asumieron algunas pautas regulatorias del sistema, solo dejaron como puente para una eventual integración la posibilidad de que los fondos de aportes y contribuciones fuesen complementados con recursos del Tesoro nacional para avanzar hacia la universalidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Sin embargo, esto último nunca fue instrumentado. Una vez más, Argentina no lograba construir las bases de un sistema único de salud.

El SNIS y el SNS intentaron una reforma integral y de integración efectiva del sistema de salud argentino, en el contexto de un sistema que progresivamente se había descentralizado y fragmentado, y en el que aparecieron nuevos actores –como los seguros privados– que ostentaron un peso creciente y complejizaron más el campo sanitario argentino.

Modelo pluralista de competencia regulada. El Estado neoliberal (1990-2003)

Con la dictadura cívico-militar iniciada en 1976 se instala en Argentina un modelo de Estado burocrático y autoritario que reniega del rol del Estado como rector y como garante de los derechos. Este proceso de reducir el Estado a su mínima expresión, luego de un breve interregno durante la primera etapa del gobierno de Raúl Alfonsín, termina de consolidarse durante la “década menemista” (1989-1999). Con el pleno despliegue del modelo neoliberal se asume la salud como un bien de mercado.

La salud como mercancía deja de ser un bien tutelar, cuya producción, circulación y distribución requiere una activa participación del Estado, y pasa a ser un bien de consumo. La receta que se extiende a las políticas públicas busca mercantilizar al máximo posible la provisión de bienes y servicios de salud.

Entre las orientaciones del paradigma neoliberal se destacan aquellas cuestiones vinculadas al mercado como ente que asigna recursos, el individuo por sobre el colectivo, la libertad de mercados y la diferenciación y selección de individuos.

En este marco se produce una **profunda transformación del Estado, que pretende la desaparición del Estado de bienestar y una tendencia a la conformación del Estado subsidiario**, donde se prioriza la transferencia al mercado de las actividades que habitualmente eran asignadas al sector público –en especial los servicios y, sobre todo, aquellas con alto rédito económico–.

Esto requiere instaurar flujos estables de financiación pero con una mínima intervención del Estado. Las acciones que involucra el arsenal neoliberal en salud son las siguientes.

a) **Fragmentar el sistema.** La primera medida significativa del gobierno militar, en este contexto, es la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) –segundo intento serio de construir un sistema nacional de salud– a través de la Ley N° 21.902, en noviembre de 1978. A partir de entonces se destruye cualquier puente entre la financiación, el modelo de atención o la gestión de los subsectores público y del seguro social.

se llevan en especial los afiliados de más altos ingresos y generan lo que se da en llamar el “descreme”, que rompe con el mecanismo solidario, base esencial de la seguridad social.

Ese es de alguna manera el corolario de una historia que había comenzado dos décadas antes con la creación de OSDE, en 1972, cuando al dictarse la Ley N° 18610 que establecía el régimen de obras sociales se permitió la creación de entidades mutuales para el personal jerárquico de las empresas, retrayendo de los aportes los salarios más altos de la rama de actividad. Desde entonces, OSDE comenzó a brindar cobertura médica para el personal jerárquico de compañías, profesionales independientes y empresarios autónomos a través del sistema nacional de obras sociales (Arce, 2010). El proceso se acelera durante la última dictadura cívico-militar, y termina de cristalizarse con la desregulación de las obras sociales a instancias de la propuesta del entonces ministro Alberto Mazza.

Se produce una marcada segmentación y estratificación del mercado con una creciente diferenciación de productos para atraer la elección de los beneficiarios de OS. Se instala en la seguridad social en salud un mecanismo de selección adversa de poblaciones bajo cobertura, similar a la que realiza el mercado en los seguros privados de salud al preferir poblaciones jóvenes, sin patologías previas y con salarios superiores a la media nacional.

f) **Arancelar los servicios públicos.** En el contexto autoritario que sofocaba reclamos sociales fue posible incorporar otro dispositivo alineado con la idea de la salud y otros servicios como bienes de mercado: el arancelamiento de los servicios públicos de salud. Con la recuperación de la democracia, esta medida fue revertida de forma lenta y desaparece en las diferentes jurisdicciones.

g) **Priorizar un aborgaje tecnocrático.** Tanto el funcionamiento de los servicios como la construcción de las políticas sanitarias se limita a una cuestión técnica, de especialistas. No hay espacios de participación, ni de los trabajadores ni de la comunidad. Al mismo tiempo se incorporan al discurso oficial principios modernizados como la jerarquización de la red sanitaria, y también se esboza el desarrollo de redes y de sistemas locales. Aunque, en la práctica, esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los

b) **Descentralizar los servicios.** Después de 1976 muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasan al ámbito provincia o municipal. Durante la década de 1990 se aprofunda el proceso de descentralización de la salud. Esta figura de la “devolución” de los servicios, porque en rigor la salud no es una competencia delegada por las provincias al gobierno nacional, no es un principio exclusivo del neoliberalismo. Sin embargo, sí lo es cuando se concreta sin la correspondiente transferencia de los recursos a las jurisdicciones que pasan a asumir la responsabilidad de financiar los servicios.

c) **Fortalecer el sector privado.** En particular por *default*, esto significa reducir la financiación de los servicios públicos de salud y afectar, por tanto, su capacidad de respuesta.

d) **Enfocar la provisión pública.** El principal cambio que se da en esta época es en la concepción de la prestación de la salud: anteriormente se consideraba que el hospital público debía proveer salud en forma universalista, mientras que a partir de ese momento se dirige exclusivamente a la población de recursos más bajos y sin otra cobertura.

e) **Emprender el “descreme” de las obras sociales.** Se deroga la Ley N° 22269 (de 1980) que, a su vez, había derogado la Ley N° 18610 (de 1970), ambas dictadas en el marco de gobiernos de facto. La nueva ley, sancionada en 1988, es la N° 23660 que establece el sistema vigente para las obras sociales. Además, mediante la Ley N° 23661 se crea la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

En 1993 se dicta el Decreto N° 09/93 de reglamentación de las leyes N° 23660 y N° 23661 y, más tarde, el Decreto N° 576/93, que define los alcances del anterior e incorpora al régimen de la seguridad social el derecho a la **libre elección de las obras sociales**. Estas normas establecen la posibilidad de que los beneficiarios de una obra social sindical decidan elegir a otra obra social para atenderse, ya que eliminan la obligatoriedad de aportar y atenderse en la organización de salud correspondiente al sector, a la rama o actividad laboral en que se desempeña (Verdejo, 1998).

Se alienta así la migración de poblaciones de obras sociales a empresas de medicina prepaga comerciales (seguros privados), que

hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial ya que se libera al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, incluso del sostenimiento del hospital público, al que se le otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

Como resultado de una dinámica política sectorial en la que ninguno amplió su mirada lo suficiente como para dar lugar a acciones empáticas con los demás actores, gran parte de los componentes del modelo neoliberal permanecen aún hoy incólumes en la organización de los servicios de salud en Argentina.

a) En primer lugar, el país ha asistido a un **crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados de salud**. Como ya se mencionó, al asumir Carrillo en 1946 las camas de establecimientos públicos representaban el 23% del total. Esa situación se revirtió, por franca expansión del sector público y las privadas solo eran para 1954 el 13% del total. En el 2000, alrededor de 60% de los hospitales eran privados, 38% públicos y el resto pertenecía a las obras sociales. La mayoría de los hospitales públicos eran provinciales y solo una mínima proporción (1,8%) eran hospitales nacionales. Los establecimientos con internación contaban con 153.065 camas, de las cuales 53% pertenecían al sector público, 44% al sector privado y el restante 3% al sector de las obras sociales (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Esa tendencia se siguió incrementando. El Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) informó que Argentina contaba en 2018 con 166.082 camas totales de internación, instaladas en 5.342 establecimientos con internación, de los cuales 1.553 (29%) son públicos (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

b) En segundo lugar, **creció de forma sostenida y estimulada por el Estado la cobertura de la medicina prepaga**. Aunque se registra existencia de empresas de medicina prepaga desde mitad del siglo XX, las mismas sólo adquieren vigor durante los últimos 20 años, como se verá más adelante.

- c) En tercer lugar, **la regulación de la medicina prepaga reafirma la noción de la salud como una mercancía**. La medicina prepaga continuó funcionando sin regulación específica hasta 2011, cuando se promulgó la Ley N° 26682 que provee el marco regulatorio para esta actividad. Pero a diferencia de los criterios adoptados en otros países, la ley omite cualquier criterio sanitario y se limita a proteger los derechos del consumidor.
- d) **Perduran acciones que fragmentan al sistema**. Con la creación del Hospital Público de Autogestión, luego rebautizado como Hospital Público de Gestión Descentralizada, surgía una nueva posibilidad de avanzar en la coordinación entre el sector público y las obras sociales. El Decreto N° 578 de 1993 instituye la figura de la recuperación de costos, o cobro a los seguros de salud, por las prestaciones brindadas a sus afiliados. Esto permitiría reducir los subsidios cruzados entre el sector público y las obras sociales y generaría recursos genuinos para estimular la recuperación de los servicios públicos. Sin embargo, en el contexto de la crisis económica del 2001 y 2002 se resolvió congelar los valores del nomenclador de prestaciones utilizado para valorar los montos a ser restituidos. En un contexto inflacionario, esto significó (y aún lo hace) la anulación de la política. Por otra parte, el fomento de un modelo financiador basado en la demanda genera necesariamente distorsiones al interior de un sistema que tiene peculiaridades, especialmente en las zonas menos pobladas donde se requiere sostener el subsidio a la oferta.

El plan de ajuste, propio del dogma neoliberal, se centra en el pago de la deuda externa y entre sus características se puede destacar las que siguen:

- el salario pasa de ser un componente de la demanda interna a transformarse en un componente del costo de bienes y servicios,
- la reducción del déficit fiscal por privatizaciones y transferencias a provincias,
- los nuevos pactos nación-provincias y la presión tributaria regresiva,
- el aumento de las actividades de servicios por sobre la producción de bienes,

En efecto, la crisis del 2001 también golpeó a la salud y abrió un nuevo capítulo de la historia de los argentinos que intentó progresivamente, no sin dificultades y con algunas contradicciones, volver a enarbolarse las banderas históricas del movimiento nacional y popular vernáculo.

Durante esta etapa, cuatro ministros ocuparon la cartera de salud: Ginés González García, Graciela Ocaña, Juan Luis Manzur y Daniel Gollán.

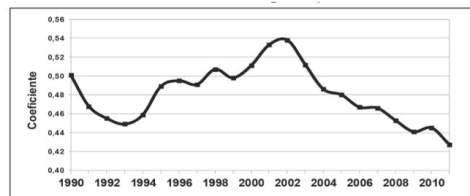
Por la relevancia de las respectivas gestiones se destacan las aristas salientes de tres de ellos.

Ginés González García (2002-2007)

Ginés González García asumió el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) —entonces Ministerio de Salud y Ambiente— en plena crisis institucional, en el marco de un gobierno de transición (Eduardo Duhalde). Siguió a cargo después, con Néstor Kirchner.

En una Argentina con altas tasas de desempleo y pobreza consecuente, la prioridad del gobierno estuvo centrada en operar sobre los grandes determinantes para incrementar calidad de vida, esto es trabajo e inclusión. De esta forma, si bien se trató de intervenciones ajenas al sector, desde la perspectiva de la salud colectiva se rescatan por su fuerte impacto positivo.

FIGURA 5. EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE DE GINI EN ARGENTINA, 1990-2011



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- el predominio de la nación en la percepción de impuestos,
- el aumento de trabajadores estatales en provincias como paliativo a las crisis regionales, y
- las provincias y los municipios asumen el mayor gasto social.

Las consecuencias observadas impactan de lleno en la salud colectiva en tanto crecen el desempleo, el subempleo y la precarización laboral, el deterioro progresivo del salario, y el incremento de la pobreza estructural y de los pauperizados.

La reforma sanitaria se basa en conceptos difundidos por organismos internacionales, entre los cuales se destacan los vertidos en 1993 en la publicación *Invertir en Salud*, del Banco Mundial (BM), donde se explicita el triple enfoque para políticas públicas:

- Asegurar el aumento de los ingresos de los pobres y de las inversiones en educación,
- Reorientar el gasto público en salud hacia programas de alta eficacia (focalización),
- Facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud, con la incorporación del financiamiento privado y el fortalecimiento de los mercados de seguros privados.

Entre las recomendaciones para mejorar el gasto público en salud se destacan: reducción del gasto público en centros asistenciales de nivel terciario; formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de costos; financiamiento y garantía de adopción de un conjunto de medidas de salud pública (externalidades); financiamiento y garantía de prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales (canastas mínimas), y mejora de la gestión de los servicios de salud estatales.

Recuperación del rol rector del Estado (2002-2015)

Si bien muchos de los rasgos que se cristalizaron en el periodo anterior perduran hasta la actualidad, la crisis económico-institucional que vivió la Argentina, y que culmina con la renuncia del presidente de la nación en diciembre de 2001, dio lugar a un nuevo escenario que posibilitó cambios en el sector salud.

El coeficiente de Gini es un conocido índice que mide la desigualdad de una distribución y en economía es utilizado para medir la distribución del ingreso. Este coeficiente es un número entre 0 y 1. Si fuese 0, estaríamos ante una perfecta igualdad, es decir que todas las personas reciben el mismo ingreso: dicho de otra manera, si el 20% de la población recibe el 20% de los ingresos, el 40% de la población el 40% de los ingresos, etc. El extremo opuesto es cuando el coeficiente da 1: en este caso habría desigualdad absoluta, el 100% del ingreso concentrado en una sola persona. Conclusión: cuanto más cercano a 0 sea el índice de Gini, menor será la desigualdad y viceversa. Obviamente estos dos son casos extremos que nunca vemos en la realidad.

Para ilustrar lo dicho, se muestra en la Figura 5 la evolución de este indicador que exhibe un ascenso desde 1992 hasta 2002 y la reducción progresiva a partir de mayo de 2002.

La recuperación del Ministerio de Salud de la Nación como rector del sistema fue un objetivo explícito de la gestión iniciada por Ginés González García. En esa línea se inscribe el resurgimiento del Consejo Federal de Salud (Cofesa)⁹ como instancia de debate, discusión y decisión.

La estructura federal de nuestro país, la delegación a las provincias del financiamiento de la estructura sanitaria, la existencia de tres subsectores escasamente interconectados y la baja capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación favorecían la desarticulación del sistema de salud y en especial de la estrategia de la APS. Todo ello generaba una ausencia de políticas nacionales centradas en objetivos comunes.

⁹ Cofesa: de acuerdo con el Decreto Ley N° 22.373 (1981), las funciones del Cofesa son: a) apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular; b) determinar las causas de tales problemas; c) analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a que responderían para establecer la conveniencia de ratificarlas o de modificarlas; d) especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación; y e) compatibilizar en el ámbito global las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción, a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de los métodos de evaluación, estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios.

El Cofesa, que reúne a los responsables del sector salud de cada jurisdicción, sirvió a los fines de intentar esa articulación perdida. Así hacia finales de 2002, el Cofesa adquirió mayor protagonismo y capacidad de influencia. Aunque carece de atributos legales y funcionales, y sus decisiones no tienen carácter vinculante, se transformó en una herramienta útil a los fines de ordenar la distribución de insumos y recursos, y se constituyó en un ámbito de debate y acuerdo en torno de los lineamientos político sanitarios directrices.

La relación entre nación y provincias, materializada en el seno del Cofesa, y, simultáneamente, la vinculación de las provincias con los municipios, constituyeron entonces el eje articulador por donde transitaban las reformas.

El entonces Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en conjunto con las autoridades provinciales, puso en marcha el Plan Federal de Salud (PFS), que aspiraba a mejorar los modelos de gestión y de atención del sistema público. Dentro de este Plan, que fue presentado por el presidente de la Nación Néstor Kirchner junto al ministro González García en 2004, se priorizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para la consolidación de una red pública de salud con fuerte poder resolutivo en cada uno de los niveles, con el propósito de fortalecer los diversos sistemas de salud para que organicen las respuestas acordes a los grados de complejidad, en el marco de una política de descentralización y promoción de la participación comunitaria.

El PFS, impulsado por el ministro Ginés González García, fue propuesto como un sendero de reformas que con sentido proactivo avanzara hacia estadios superadores. Pretendió ser una señal y el instrumento de una organización que no se conformaba con resolver lo urgente y ponía la mirada en el mediano y largo plazo, para consolidar un sistema de salud articulado, equitativo, calificado y eficiente.

En su enunciación, el PFS marcó una visión para el sistema de salud argentino, sustentada, entre otros aspectos, en: afianzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales; garantizar por parte de las regiones la cobertura básica universal; desarrollar programas de promoción y prevención respetando mecanismos de derivación dentro de la red de atención; proteger el financiamiento de los programas establecidos y propiciar la partici-

pación social en el diseño y la implementación del modelo (González García y Tobar, 2004).

Programa Médico Obligatorio (PMO)

El PMO fue creado por resolución del Ministerio de Salud de la Nación en 1996, luego modificado en 2000 (Resolución N° 939/00) y en el marco de la declaración de emergencia sanitaria (Decreto N° 486/02), se aprobó mediante la Resolución N° 201/2002 el PMO de emergencia.

Este programa médico obligatorio, en consecuencia, es el conjunto de prestaciones básicas esenciales que debe ser garantizado por los agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23660 de Obras Sociales, por lo tanto, todos los agentes están obligados a brindar el 100% de todas las prestaciones incluidas en el catálogo que se detalla en el anexo II del PMOe (emergencia), sin otra erogación que los coseguros establecidos en el anexo I. Los agentes del seguro pueden extender su cobertura más allá de lo establecido como prestaciones obligatorias.

El PMO fue pensado para garantizar la universalización de las prestaciones de salud y asegurar equidad y solidaridad para todos los beneficiarios del seguro de salud, considerando aspectos no tenidos en cuenta con anterioridad, como los estudios de costo-efectividad basados en la evidencia para evitar la ineficiencia del sistema. Pone el acento en las prestaciones de primer nivel de atención pero fundando su perfil en la estrategia de la atención primaria de la salud sin limitarla a la puerta de entrada, sino asumiéndola como estrategia de organización de los servicios sanitarios.

Otros programas nacionales

También en el marco de la emergencia sanitaria, esta etapa estuvo signada por el aprovechamiento de los recursos disponibles, propios o de financiamiento externo, para establecer programas de contingencia.

Un claro ejemplo fue la instrumentación de programas verticales con financiamiento externo de alcance nacional como el Programa Remediar que facilitó el acceso a medicamentos esenciales a través de centros de atención primaria de la salud en todo el país, resolviendo

una cuestión central para el proceso de atención, y que llevó a incrementar en forma notable el número de consultas en los centros de atención primaria. A ese programa se sumó la aprobación de la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico, que tuvo impacto en los indicadores económicos relacionados con salud, además de aportar racionalidad al acto médico.

Otro fue el Programa Médicos Comunitarios destinado a formar profesionales del primer nivel de atención e insertarlos en distintos puntos del país con financiamiento a cargo del nivel nacional. En el marco de ese programa, 9.000 profesionales desarrollaron en 2.100 centros de salud actividades asistenciales, de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria. Se formaron en total más de 10.000 profesionales, muchos de los cuales fueron incorporados luego a los planteles de las jurisdicciones municipales o provinciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2012a).

En forma paralela, durante este periodo se abordaron temas postergados hasta ese momento por la salud pública, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva, que tendrán desarrollo a lo largo de todo el momento objeto de análisis (Ley N° 25673 de creación del programa nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable).

Durante la gestión de Ginés González García se inauguró el 2007 el Hospital de Alta Complejidad El Cruce, en la localidad bonaerense de Florencio Varela. Con financiamiento nacional, se constituyó en el hospital de mayor complejidad del país, con una modalidad de trabajo en red para cubrir un vasto sector de la provincia más poblada del país, pero además ser referencia nacional tanto en lo asistencial como en capacitación de recursos humanos en salud.

Juan Luis Manzur (2009-2015)

Juan Luis Manzur asumió el cargo en reemplazo de la renunciante Graciela Ocaña, en el marco de la pandemia de Gripe A que también afectó Argentina, con la misión de abordar el tema desde el nivel nacional para organizar acciones coordinadas con las jurisdicciones provinciales.

Ocaña ya había tenido un magro desempeño en oportunidad de tener que asumir la conducción de las acciones para abordar la epidemia de dengue a principios de 2009.

Durante la epidemia de 2009 se notificó un total de 26.923 casos de dengue en el país. Al año siguiente, el cambio de estrategia y la implementación de políticas activas de concientización y prevención dieron sus frutos: el número de casos se redujo a 1.280. Y la tendencia se mantuvo tanto en 2011 (322 casos) como durante el año pasado (272 casos). Lo destacable es que estos resultados se lograron en el contexto de una situación regional de gran presión de entrada del virus al territorio nacional, originada por las recurrentes epidemias sucedidas en Bolivia, Paraguay y Brasil (Di-Bello, 2013).

Durante la gestión de Manzur se retomó la senda del ministro González García, sosteniendo al MSN como rector de un sistema sanitario fragmentado y con muchas diferencias regionales. Justamente, intentando reducir las brechas observadas en los indicadores sanitarios entre las distintas jurisdicciones se profundizaron las intervenciones desde programas verticales nacionales, se financió desde Nación la construcción de más de un millón de metros cuadrados en establecimientos de salud –centros de salud, centros de integración comunitaria (CIC) y hospitales– y se brindó asistencia técnica y capacitación en distintas áreas.

Durante este periodo se realizaron la primera (2005) y la segunda (2009) encuestas nacionales de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Además, en esa línea se desplegaron acciones específicas de impacto poblacional, destinadas al control del tabaquismo y de la reducción de ingesta de sal.

Un aspecto destacado de toda esta etapa, pero de especial impulso bajo la gestión Manzur, fue la ampliación del plan de inmunizaciones. El calendario gratuito y obligatorio de inmunización se amplió de 6 a 19 vacunas, lo que llevó a Argentina a ser líder en la región en este aspecto. Algunos de ellas han tenido un alto impacto sanitario, como la vacuna contra la hepatitis B, la hepatitis A, la gripe, el neumococo y el virus del papiloma humano (VPH). El impacto referido se evidencia por ejemplo en el caso de la hepatitis A ya que permitió reducir la

incidencia de la enfermedad de 60.000 casos anuales a menos de 500 y a cero, el número de trasplantes hepáticos por esta causa.

Algunos programas verticales, además de proveer insumos y equipamiento en forma directa, vertebraron mecanismos de apoyo financiero, como el FESP 1 y 2 (Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública) o el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables y también Incluir Salud (ex ProFe).

Así, durante esta gestión siguió desplegándose el Plan Nacer iniciado con González García en 2005, ya que se ampliaron prestaciones y grupos poblacionales –inicialmente, mujeres embarazadas y puérperas y niños menores de 6 años– a un programa vertical basado en una lógica de seguros con la característica de nominalizar a los usuarios y utilizar “trazadoras”, es decir indicadores de avance de metas para verificar el cumplimiento de objetivos. El “Nacer”, que pasó en 2012 a denominarse “Sumar”, empleó financiamiento externo para vertebrar un sistema de estímulos económicos que, pasando por los responsables provinciales, llegaban a los hospitales y centros de salud que adherían al modelo.

También se desarrolló el Programa Redes y el Programa Remediador inicialmente dedicado solamente a la provisión de medicamentos esenciales, se ampliaron hacia la instrumentación de instancias de capacitación–Programa de capacitación en terapéutica racional en atención primaria de la salud (Traps) y de apoyo para la gestión de farmacias y depósitos de centros asistenciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2012b).

La creación del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en 2010 es otro hito sanitario importante para la Argentina al colocar al cáncer en un lugar destacado de la agenda pública y asumir el compromiso de impulsar la coordinación de políticas nacionales en conjunto con las provincias para generar instancias de formación, apoyo para equipamiento y asesoría.

Otros programas verticales que se iniciaron o que ampliaron su alcance en esta etapa:

- Programa Nacional de detección temprana y atención de hipoacusia.
- Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y de las adolescentes.

de que tienden a convertirse en compartimentos estancos. Al tener fondos propios, cada área responsable de un programa va adquiriendo autonomía, con poca vinculación con otros integrantes del propio organismo que le dio origen y en muchos casos se verifica superposición de objetivos y solapamiento de acciones.

Daniel Gollán (2015)

Daniel Gollán fue desde 2014 Secretario de Salud Comunitaria y asumió como ministro en febrero de 2015, es decir que estuvo a cargo de la cartera en los últimos meses de la gestión del gobierno encabezado por Cristina Fernández de Kirchner.

Con una visión más amplia del concepto salud-enfermedad-cuidado y con anclaje en el pensamiento de la medicina social latinoamericana, contó con el apoyo y el asesoramiento de sanitaristas como Mario Testa, Mario Rovere, Jorge Rachid, José Carlos Escudero y Horacio Barri, entre otros. En pocos meses Gollán retoma el ideario orientado a construir un sistema nacional integrado de salud (Gollán, 2015).

Ese año se profundizó la presencia del MSN en el territorio para jerarquizar la articulación de políticas y programas con la comunidad, incentivar la formación de promotores comunitarios, que en algunas jurisdicciones tuvo un desarrollo destacable.

Se avanzó en políticas de género y diversidad, y se empezó a implementar acciones acordes al escenario construido a partir del dictado de las leyes que ampliaron derechos.

El final de este periodo encuentra a un MSN, quizás en forma tardía, comenzando a problematizar el sistema mismo, para generar las condiciones de su integración.

Ejemplo de ello son las acciones siguientes:

- Desarrollo de sistemas informáticos disponibles para que los hospitales públicos pudiesen optimizar los mecanismos de recupero financiero por las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura a cargo de obras sociales o seguros privados.
- Alianzas con sectores de la seguridad social no lucrativos.

- Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.
- Plan Nacional para control del dengue y la fiebre amarilla.
- Instalación del Instituto Nacional de Medicina Tropical en Puerto Iguazú, Misiones, para monitoreo y respuesta de enfermedades desatendidas de América del Sur.
- Programa de abordaje sanitario territorial con consultorios móviles para consultas ginecológicas, pediátricas, de medicina general, oftalmológicas con provisión de lentes en forma gratuita y de diagnóstico por imágenes.
- Programa Nacional de Chagas.
- Programa Nacional de VIH-sida amparado en la Ley nacional N° 23598.
- Plan Nacional de Sangre.
- Programa Nacional de Salud Escolar (ProSaNe).
- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.
- Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones hospitalarias.
- Enfermedades poco frecuentes y anomalías congénitas.
- Cybersalud.

Todos estos programas verticales, y otros no mencionados, apuntaron a reducir la brecha entre las distintas jurisdicciones. Sirvieron para brindar apoyo, asistencia y capacitación con recursos difíciles de multiplicar por 24 jurisdicciones. Contribuyeron con la provisión de insumos y equipamiento y también fueron útiles para estimular nuevas técnicas de gestión (nominalización, monitoreo, incentivos).

Sin embargo, adolecen de ciertas debilidades. Entre ellas, que están atados a financiamiento externo, lo cual no garantiza su continuidad. Al ser programas para todo el país resulta difícil entender las realidades propias de cada zona y por esa misma razón aparecen como muy rígidos para implementación, además de generar una progresiva dependencia de la jurisdicción a ese financiamiento. Estos programas financiados por el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), bajo grandes lineamientos del Ministerio de Salud agregaron dispersión más que unidad, con el agravante

- Creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública para formación de cuadros de conducción.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención, a través de promover la aprobación de la ley de equipos básicos de salud.
- Proyectos de construcción de hospitales de alta complejidad ubicados en todo el país con sentido de integración regional (SAMIC).
- Continuar la política de equipamiento de alta tecnología para hospitales públicos, de manera de asegurar establecimientos con capacidad calificada en todo el país.
- Propuesta de generar una ley de carrera sanitaria única y nacional, funcional a diluir las barreras interjurisdiccionales actuales.
- Decidido estímulo a la producción pública de medicamentos con la creación por Ley N° 26688 y en esta etapa la fundación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (Anlap).

Sobre este último tópico vale apuntar que la creación de la Anlap fue la formalización del estímulo a la producción pública de medicamentos (PPM), cuyos antecedentes se encuentran en el programa Fontar, que impulsaba la inversión en investigación y desarrollo en salud, integrando a los laboratorios de PPM con el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI). En el año 2007 se creó la Red de Laboratorios Públicos (Relap), que tenía por objetivo avanzar en la producción pública de medicamentos, promoviendo la integración tecnológica del sector, a partir del soporte tecnológico que brindaría el INTI (Zubeldía y Hurtado, 2019).

La visión estratégica en el impulso a políticas de producción pública de medicamentos es algo que en nuestro país ha tenido idas y vueltas, por lo que es importante visualizar la potencia que tiene la integración de la investigación en ciencia y tecnología para la PPM, como un paso importante para la soberanía sanitaria y también como un factor de integración industrial, creación de empleo y uso eficiente de las divisas, porque muchos medicamentos esenciales podrían ser fabricados por laboratorios con participación pública que sirvan de empresa testigo en el sector.

Los cambios producidos en el MSN en el último año de gestión, con muy buenas intenciones alineadas con el pensamiento de Carrillo

y Ferrara pero con poco tiempo disponible para llevarlas adelante, no pudieron afectar –en su mayor parte– la línea política hegemónica de las últimas décadas sobre la idea de aseguramiento que venía ejerciendo el MSN. No se pudieron desmontar todos los atributos neoliberales heredados y así se llegó a diciembre de 2015.

El gasto público en atención de la salud ejecutado desde el gobierno nacional registró un fuerte incremento, especialmente a partir de 2003. El MSN asumió un mayor compromiso como organismo rector del sistema de salud argentino y acompañó las provincias y los municipios a través de financiar programas específicos como los ya comentados.

A precios constantes de 2014 el gasto público en atención de la salud pasó de 46.316 millones en 2003 a 109.452 millones en 2014, suba que representó un crecimiento promedio del 9,4% anual. A valores per cápita el gasto que se ejecuta desde la Nación, las provincias y los municipios en políticas de prevención y atención de la salud aumentó a precios de 2014 desde los 1.219 pesos de 2003 a 2.565 pesos por persona (Sanguinetti, 2015).

Se puede observar en la Figura 6 y la Tabla 9 que la mayor parte de los recursos públicos destinados a salud provienen de los fondos de las provincias y que en el periodo estudiado hubo un aumento parejo entre los tres niveles de gobierno, presentándose una caída relativa en el peso de los aportes municipales. Sin embargo, el aumento del presupuesto destinado a salud sumando los tres niveles de gobierno, en términos reales pierde contra la inflación del periodo.

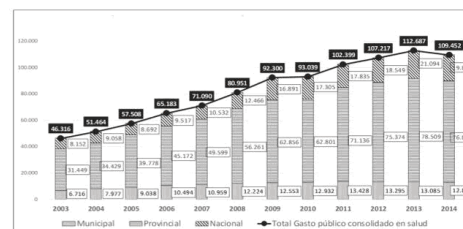
El hecho de que las provincias, según sus presupuestos, deban cubrir la mayor parte de los recursos destinados a salud explica en gran medida la desigualdad en el acceso que se registra entre las provincias de nuestro país.

A lo largo de los 13 años que conformaron este periodo se concretaron políticas de inclusión y de restitución de derechos que abarcaron al campo de la salud. Algunas de ellas se han podido profundizar bajo formato de leyes y de programas en los cuales se pusieron en agenda problemas de la salud colectiva como lo son la salud mental, lo relacionado a la importancia de la PPM y la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la política pública y sanitaria ya que es evidente una participación mayoritaria de las mujeres en los espacios de atención y cuidado de la salud.

Se registraron avances también en aspectos de la regulación en salud, tendientes a garantizar el acceso universal en un sistema fragmentado y segmentado. Uno de ellos fue la aprobación en 2011 de la Ley N° 26682, que establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes N° 23.660 y N° 23.661. En efecto, el artículo 5° de esa ley establece las funciones de la autoridad de aplicación que es el Ministerio de Salud de la Nación, indicando en el inciso d): “Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto”. Obligar al cumplimiento del PMO apunta en el sentido mencionado.

Sin embargo, en lo que hace al sistema de salud –o dicho de manera más realista, sistema de atención– en cuanto a sus debilidades, dadas por su fragmentación y segmentación, prácticamente no pudo ser modificado (Tabla 10). Aunque se desplegaron muchas acciones desde el nivel nacional, no se pudo generar una ley de salud que pudiera dar el marco político para una contra reforma sanitaria opuesta a la neoliberal (Dávila, 2016).

FIGURA 6. GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO EN ATENCIÓN DE LA SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO EN ARGENTINA, 2003-2014 (EN MILLONES DE \$ A PRECIOS DE 2014)



Fuente: Sanguinetti (2015).

TABLA 9. GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO EN ATENCIÓN DE LA SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO EN ARGENTINA, 2003-2014 (EN PORCENTAJE DEL TOTAL)

Año	Porcentaje del total según nivel de gobierno			Total en millones de pesos
	Municipal	Provincial	Nacional	
2003	14,5	67,9	17,6	46.316
2004	15,5	66,9	17,6	51.464
2005	15,7	69,1	15,1	57.566
2006	16,1	69,3	14,6	65.183
2007	15,4	69,7	14,8	71.161
2008	15,1	69,5	15,4	80.951
2009	13,6	68,1	18,3	92.300
2010	13,9	67,5	18,6	93.039
2011	13,1	69,4	17,4	102.502
2012	12,4	70,3	17,3	107.217
2013	11,6	69,6	18,7	112.800
2014	11,7	70,2	18,1	109.452

Fuente: Sanguinetti (2015).

TABLA 10. ALGUNAS LEYES IMPULSADAS Y APROBADAS EN EL PERIODO 2002-2015

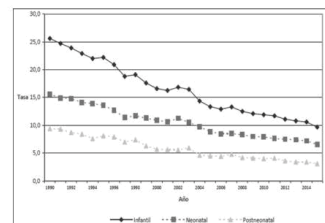
Ley	Temática abordada
26150	Educación sexual integral
26529	Derechos del paciente
26657	Salud mental y adicciones
26682	Marco regulatorio de medicina prepaga
26687	Regulación de publicidad, promoción y consumo de tabaco
26688	Producción pública de medicamentos
26743	Derecho a la identidad de género
26862	Acceso a reproducción asistida

Fuente: Elaboración propia.

Es más, las políticas de salud pública más eficaces surgieron desde otros ámbitos de gobierno, como el impacto generado por la asignación universal por hijo –luego extendida a embarazadas–, o el mantenimiento de políticas económicas que aumentaron el nivel de empleo en general y redujeron parcialmente la brecha de ingresos.

El resultado de esas medidas que indirectamente impactan en salud puede observarse al analizar la evolución de la tasa de mortalidad infantil y sus componentes a lo largo de este periodo (Figura 7).

FIGURA 7. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSNATAL CADA 1.000 NACIDOS VIVOS. ARGENTINA, 1990-2015



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2016), Msi, Serie 5, N° 59.

En efecto, la tasa de mortalidad infantil (TMI) llegó por primera vez en la historia nacional a un dígito en 2015, con 9,5 fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

Entre 2003 y 2015 la TMI descendió un 35,2%, lo que destaca de manera especial que la tasa de mortalidad posneonatal, la más influida por las condiciones socio-económico-ambientales de las familias, se redujo un 47% en el período (de 5,9 a 3,1 por mil).

La CUS y la degradación del Ministerio de Salud (2015-2019)

La discusión de fondo –cultural y política– que debía saldar las dos opciones: SUIIS (sistema universal integrado de salud), con el objetivo de universalizar el sistema sanitario nacional para mejorar la equidad y el acceso al derecho a la salud, *versus* seguros de salud propiciados por la OMS y el BM en los últimos 30 años, no pudo resolverse en la etapa anterior.

En esas condiciones se llegó a diciembre de 2015, cuando, con el triunfo electoral por primera vez de un representante de la derecha argentina, se inauguró otra etapa que sería menester analizar con mayor perspectiva histórica, pero que esbozamos en sus principales rasgos en este apartado.

Esta etapa tuvo dos fases y responsables nacionales del sector salud. La primera desde diciembre de 2015 hasta octubre de 2017, a cargo del Dr. Jorge Lemus, y la segunda, desde noviembre de 2017 hasta apenas 15 días antes de finalizar el mandato del Ing. Mauricio Macri, el 10 de diciembre de 2019, bajo la responsabilidad del Dr. Adolfo Rubinstein.

Jorge Lemus (2015-2017)

Este ministro llegaba con floridos antecedentes como sanitarista, habiéndose desempeñado entre los años 2007 y 2012 como ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y luego como presidente del Consejo Asesor de Salud de dicha cartera. A pesar de ser autor de publicaciones sobre salud pública y atención primaria de la salud, una de las aristas destacables del inicio de su

gestión fue el debilitamiento de dispositivos con los que contaba el ministerio para promoción y prevención en salud.

Suspensión, desmantelamiento de programas nacionales y renunciadas

Desde la reemergencia del dengue en Argentina, en 1998, se registraron brotes todos los años, excepto en 2001 y 2005, que llegaron a afectar 15 jurisdicciones. Los brotes de mayor magnitud ocurrieron en 2009 y 2016 (Varela *et al.*, 2019). En efecto, el brote de 2016 fue el más importante de la historia, con más de 40.000 casos confirmados, y coincidió con medidas tomadas por el Ministerio de Salud que limitaron la posibilidad de mitigar el evento. Acaso, el freno a las campañas de prevención y “descacharrización”, así como el **desmantelamiento de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores**, ¿podrían haber contribuido a empeorar el brote de dengue?

Deben consignarse otras medidas adoptadas al comenzar la gestión. Entre estas, la interrupción de los programas de abordaje territorial, como los **operativos sanitarios que emplean unidades sanitarias móviles** (trenes y camiones sanitarios), que brindaban atención de clínica médica, pediatría, ginecología, oftalmología, odontología, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes (mamografías por ejemplo). Esas unidades recorrían el país, brindaban asistencia y proveían insumos (por ejemplo, anteojos).

También en los primeros meses de 2016 se produjo el cierre de programas como Argentina Sonríe, unidades móviles de atención odontológica y provisión de prótesis dentales, y el Qunita, una estrategia sanitaria destinada a la madre y al recién nacido que había sido lanzado en julio de 2015 para acompañar y cuidar la salud de las embarazadas y los recién nacidos en sus primeros meses de vida. Los objetivos de ese programa eran disminuir las muertes infantiles evitables, así como potenciar otras políticas sanitarias y sociales que se venían desarrollando, para acompañar a las familias en la crianza de sus hijos y fomentar prácticas de cuidado como la lactancia materna, salud sexual y sueño seguro. Sobre la base de potenciales e incomprometidos “riesgos”, se derogó un programa que en seis meses había logrado aumentar el número de maternidades que garantizan naci-

mientos seguros, distribuir y entregar más de 43 mil kits en todo el país, poniendo en la agenda pública este tema, sin reemplazarlo con otras estrategia superadora.

Los tratamientos de fertilidad distribuidos al comienzo de la gestión Lemus fueron los adquiridos por la gestión anterior durante el año 2015. No se realizaron compras de este tipo de tratamientos en el 2016, incumpliendo con la Ley de Acceso a la Fertilidad Asistida (Ley N° 26862), y la parálisis de la gestión en materia de salud sexual desabasteció de profilácticos a todo el sistema público de salud del país. Entre fines de 2016 y enero de 2017, más de siete funcionarios dejaron sus áreas en medio de las denuncias de subejecución, falta de insumos y sobreprecios por parte de la gestión Lemus.

El director del Programa Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual también renunció por la falta de insumos como preservativos y reactivos y la subejecución que, según denunciaron organizaciones que trabajan la problemática, era casi total a junio de 2016. De manera sistemática, en cada mes de septiembre sucedía la renuncia de los responsables de dicha dirección al enfrentarse año tras año a un ajuste en sus presupuestos, lo que los impulsaba a dar un paso al costado. El ajuste en esta área implicó desabastecimiento en la provisión de medicamentos, faltante de reactivos para la realización de los test de carga viral y relajamiento de las políticas de salud sexual y reproductiva en un contexto de aumento de las transmisiones de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, que proliferaron durante este período de ajuste y abandono por parte de la cartera nacional de salud.

Cobertura Universal de Salud (CUS)

En agosto de 2016, luego del tercer Cofesa del año que se concretó en Tucumán, el Ministerio de Salud comunicó oficialmente que el conjunto de ministros de Salud abogó en favor de avanzar en la implementación del CUS. Declaró: “Estamos en Tucumán para llevar adelante un Cofesa histórico, porque los que estamos aquí reunidos tenemos un compromiso con el pasado y también con el futuro”, indicó el ministro Lemus al abrir las deliberaciones. “Tenemos por delante objetivos ambiciosos en salud, pero el cambio necesita que estemos juntos y esta-

blezcamos alianzas estratégicas”, abogó el titular de la cartera sanitaria nacional. “La Cobertura Universal de Salud –continuó Lemus– es una estrategia de salud pública que nos compromete a todos. La nominación de nuestros beneficiarios es fundamental para completarles la cobertura que merecen sin importar dónde estén”.

La iniciativa quedó plasmada en un decreto de necesidad y urgencia (DNU) publicado en el Boletín Oficial argentino con el número 908/2016, que crea la Unidad Ejecutora para la Cobertura Universal de Salud (CUS).

La CUS se constituyó en la política directriz de la gestión, en coincidencia con el progresivo realineamiento internacional de Argentina que incluyó establecer renovados vínculos con los organismos multilaterales de crédito.

La CUS, que no es un invento argentino, es un **seguro de alcance limitado** prescripto por el BM y difundido por la OPS, que insiste en la necesidad de crear un seguro de salud para pobres que garantice una “canasta básica” de prestaciones para los sectores excluidos.

El concepto de la “canasta básica” es sinónimo de cristalizar las diferencias injustas e inmorales, ya que parte de aceptar que para algún sector de la población, es decir, aquellos que debieran en función del principio de equidad recibir más, los servicios se limitan a un conjunto acotado.

Esto es así ya que, efectivamente, instalar una “canasta básica” excluye prácticas de salud que hoy existen, limita derechos u obliga a acudir a la judicialización de la salud para lograrlos, como se observa en los países que han implementado este sistema –el paradigma actual es Colombia–.

La propuesta reemplaza la idea de derecho humano esencial por la de seguro y cobertura, que implica una relación de contrato. Mientras que un derecho humano por naturaleza es universal y no discrimina, un seguro ofrece prestaciones en acuerdo con el pago recibido.

En la lógica del seguro, la “universalidad” se basa en la estratificación. Si bien es cierto que todos están cubiertos por un seguro, eso no quiere decir que se brinde verdadera protección para todos. Así, como en otros ejemplos de América Latina (Colombia, México, Chile) la propuesta de la CUS propicia un régimen subsidiado para pobres,

un régimen contributivo para sectores medios y la medicina preparada para ricos, con marcadas diferencias en la calidad de respuestas y acceso.

La CUS es una propuesta sanitaria, en el mejor de los casos útil para regiones del mundo casi sin acceso a sistemas formales de salud, pero absolutamente restrictiva para un país como Argentina, donde el acceso al máximo nivel posible, con los conocimientos científicos actuales, está consagrado en la Constitución Nacional (Manoukian, 2016b).

Después de dos años de su lanzamiento, no todas las provincias habían adherido. En muchos casos, la principal razón para firmar la adhesión fue recuperar lo que ya existía con el gobierno anterior en términos de apoyo y acompañamiento efectivo para la gestión, y a que si no se prestaban a mostrar que la conducción “macrista” gestionaba, se les cerraban ventanillas y se ponía en riesgo los financiamientos ya acordados (Manoukian, 2017). En julio de 2018 se denunció que en la reunión del Consejo Federal de Salud se anunció que las provincias que no firmaran la adhesión a la CUS dejarían de recibir los programas nacionales de medicamentos, vacunación y otros ya vigentes, en lo que se interpretó como una clara alusión a la provincia de Santa Fe, una de las únicas dos, junto con Formosa, que nunca acompañaron la iniciativa nacional (Borlotti, 2018).

Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (Agnat)

En julio de 2016, Lemus presentó con el jefe de Gabinete de Ministros Marcos Peña, mediante el mensaje N° 75, el proyecto de ley de creación de la Agnat, organismo que entre otras funciones se proponía para que estableciera la “canasta básica de prestaciones” a la que cual estaría obligado el sector público de salud. Se trataba de una iniciativa de larga data, considerada necesaria para contribuir al uso racional de las tecnologías en salud, pero cuyo texto incluía aspectos muy cuestionables. Entre ellos, las limitaciones de su propia incumbencia; la participación de la agencia luego de que una tecnología ya hubiese sido aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat); la inclusión de la industria en el consejo asesor, más allá de la declaración jurada de estar libre de

medicamentos para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades potencialmente catastróficas. Se creó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Conetec) con participación, entre otros, de los agentes del sector público, seguridad social, sector privado y organizaciones académicas, sin lograr consensuar un proyecto que avanzara a la concreción de la Agnat.

Rubinstein propuso un plan nacional de prevención de sobrepeso y la obesidad, con el objetivo de colocar en agenda la obesidad infantil como principal causa de malnutrición en niños y adolescentes. El énfasis en este grupo etareo fue innovador, no así el abordaje del tema en sí que ya figuraba en la agenda del ministerio a través de distintos programas como por ejemplo el FESP (Funciones Esenciales de Salud Pública) 1 y 2, Médicos comunitarios y de las capacitaciones promovidas desde el Programa “Remediar+Redes” en “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (Traps) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012b).

Respecto del fortalecimiento institucional, el ministro, devenido en secretario, refiere en el informe ya citado que se fortalecieron los hospitales nacionales, como el Hospital Alejandro Posadas. Sin embargo, no abordó la problemática surgida en ese importante referente nacional a causa de los despidos y las jubilaciones anticipadas de aproximadamente 1.300 trabajadores a lo largo de los cuatro años de gestión. Entre los profesionales del equipo de salud apartados de su función, se contabilizan, 17 delegados gremiales y 75 jubilaciones anticipadas compulsivas, lo que debilitó seriamente el perfil prestacional del hospital.

Degradación del Ministerio de Salud

Solo dos veces, después del Dr. Ramón Carrillo, que fue el primer ministro de Salud argentino, se había perdido esa jerarquía. En ambos casos fue en el contexto de gobiernos de facto fruto de golpes de Estado, cuando bajo la autodenominada “Revolución Libertadora”, en 1955, las funciones de Salud pasaron a ser atribuciones del Ministerio de Asistencia Social y, años más tarde, luego de recuperarse el ministerio con Frondizi e Illia, durante la llamada “Revolución Argentina” bajo el mando del dictador Juan Carlos Onganía. En ambas

conflictos de interés personales y familiares, de tipo económico y de otros tipos; y la falta de intervención en la regulación de los precios (Manoukian, 2016a). Esa ley no llegó a aprobarse.

Adolfo Rubinstein (2017-2019)

Con la CUS como bandera

Rubinstein era secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos cuando fue presentada la CUS como estrategia y política sustantiva del Ministerio de Salud, en 2016. A partir de asumir como ministro, la CUS fue el emblema de la gestión. En el informe de gestión de la Secretaría de Gobierno de Salud presentado al finalizar el mandato, se manifiesta que:

Con el objetivo de consolidar un sistema de salud que garantice un acceso efectivo con equidad y calidad para reducir la brecha de disparidades sanitarias con un abordaje desde la estrategia de Atención Primaria, esta gestión sanitaria priorizó la Cobertura Universal en Salud (CUS) como una de sus políticas prioritarias.

Al desplegar el informe queda claro que los principales vectores de esa estrategia tuvieron que ver con avanzar en el desarrollo de la red digital con historia clínica electrónica, refiriendo además algunas intervenciones en temas puntuales de políticas de medicamentos, la propuesta de un plan nacional de prevención de sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes y de fortalecimiento institucional. Pero sobre los aspectos medulares de la estrategia CUS, el informe no se pronunció.

Sobre la política de medicamentos debe destacarse que se mantuvo con la denominación “CUS medicamentos”, el Programa Remediador, aunque muchas jurisdicciones denunciaron entregas irregulares y faltantes en los botiquines distribuidos. Se intentaron algunas innovaciones en la negociación y compra de medicamentos, entre ellas las conjuntas entre el sector público y algunas obras sociales respecto de

situaciones se verificaron francos retrocesos en los avances sanitarios hasta allí conquistados. Prueba de ello es que las dos experiencias implicaron aumentos de la tasa de mortalidad infantil.

En septiembre de 2018, el presidente Macri decidió degradar el Ministerio de Salud al rango de Secretaría y el entonces ministro se convirtió en secretario de gobierno de Salud. La desaparición de Ministerio de Salud implicó abandonar el rol de coordinación, regulación, articulación y garante de la equidad en el acceso a la salud, ya que una de las funciones clave de ese estamento es la de contribuir a reducir las brechas que existen entre las distintas jurisdicciones.

José Carlos Escudero afirma que

[...] en la situación actual de la salud en el mundo disputan dos actores con intereses contrapuestos: el capitalismo volcado a la salud, cuyo objetivo cuasi excluyente es el lucro, y los movimientos populares, que desean mejorar a la salud para que no sigan ocurriendo las monstruosidades que se han naturalizado, como lo son las muertes evitables (Escudero, 2018: 48).

Con el telón de fondo de la salud como un nicho de mercado donde el capitalismo obtiene cada vez más beneficios, también sostiene que:

Hacer desaparecer al Ministerio de Salud le hace las cosas más fáciles a los mercantilistas de la salud privada, creadora de seguros administrados por los bancos, con listas cerradas de acceso a enfermedades, que si no figuran deben pagar su asistencia con medicamentos mucho más caros (Escudero, 2018: 50).

En 2018, el accionar del Ministerio de Salud de la Nación no estaba cerca de compensar todas las inequidades territoriales en salud en un país que muestra enormes diferencias económicas entre provincias y al interior de cada una de ellas. Sin embargo, la implementación de programas preventivos y promocionales había permitido logros sanitarios promisorios. La degradación del ministerio, además de tener

una carga simbólica relevante, implicó pérdida de autonomía y de recursos, poniendo en riesgo la tendencia comentada.

La degradación del Ministerio de Salud de la Nación representa un gesto político inadecuado, resultado de una concepción equivocada del Estado y de la sociedad, pero consistente con un conjunto de medidas que venían anticipando el desinterés del gobierno nacional en cumplir sus obligaciones constitucionales para garantizar el derecho a la salud de la población, dado que la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud es su responsabilidad indelegable (Rovere, 2018: 12).

La disputa siempre en ciernes, entre la visión de la salud como derecho que exige al Estado asumir el rol de garante y aquella que la asume como un bien privado a ser transado según la lógica del mercado, inclina la balanza hacia un modo u otro de ejercer la autoridad sanitaria. Tal como expresa la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF), la tensión entre transferir las responsabilidades a las provincias o fortalecer un sistema nacional de salud se dirime según el proyecto político gobernante (ASMGyF, 2018). La decisión de degradar el Ministerio de Salud pareciera indicar hacia dónde se inclinó el fiel de la balanza en la gestión que culminó en diciembre de 2015.

Desfinanciamiento del sistema público

A contramano de la mayoría de los países del mundo, donde la inversión en esta área va en constante crecimiento, desde su llegada al poder Mauricio Macri redujo las partidas atribuidas a la salud. El último presupuesto aprobado durante la gestión anterior (2015) le destinaba un 2,3% del presupuesto. Tres años después, el dinero dirigido a las áreas que antes estaban dentro del ministerio pasó a representar un 1,7% del presupuesto (un 25% menos).

En la práctica, la reducción fue mayor. Esto es así porque cuando Mauricio Macri asumió como presidente la moneda estadounidense cotizaba a 10 pesos y cuando terminó la gestión superaba los 63. Dado que un importante porcentaje de insumos sanitarios, entre ellos va-

cunas y medicamentos, está dolarizado, la capacidad de compra se redujo seis veces, solo por la devaluación, lo que debe sumarse a ese 25% de reducción presupuestaria.

Inflación, pobreza, desempleo, exclusión

El gobierno que terminó el 10 de diciembre de 2019 dejó un saldo negativo para la salud colectiva. Según datos del Indec,¹⁰ la inflación medida con el índice de precios al consumidor mostró una tasa interanual (diciembre 2018-diciembre 2019) del 52,9%; la pobreza medida con la encuesta permanente de hogares registró que el 35,5% de la población estaba debajo de la línea de la pobreza en el segundo semestre de 2019, aunque otras fuentes, como la del informe de la **Universidad Católica Argentina (UCA)**, indicaron que la **pobreza** alcanzó al **40,8% de la población** urbana de la Argentina en el tercer trimestre, que en términos absolutos se estimó en **16 millones de personas, con el agravante de que en esa condición se encuentra el 59,5% de los menores de 17 años** (Szafranko, 2019). La tasa de desempleo registrada en el tercer trimestre de 2019 era del 9,7% de la población económicamente activa.

Otro dato más directamente relacionado con la salud de las personas, y en particular con los adultos mayores, es que la jubilación mínima en septiembre de 2019 alcanzó los \$ 12.937, lo cual implicó un aumento de **239%** entre mayo de 2015 y dicho mes, mientras que el aumento en el precio de los medicamentos entre noviembre del 2015 y diciembre del 2019 alcanzó el 443%.¹¹ Además, el **Programa de Atención Médica Integral (PAMI)** modificó la normativa de entrega de medicación crónica gratuita y 2 millones de afiliados perdieron ese beneficio por no cumplir con una serie de requisitos demasiado restrictivos (Roqué *et al.*, 2019).

Como ya expusimos, la salud es fruto de la determinación social y los factores mencionados, entre otros, son mucho más potentes que

10 Indec: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Los datos aportados pueden verificarse en la página oficial del organismo: <https://www.indec.gov.ar/>

11 Elaboración propia con base en la variación de una canasta de medicamentos para patologías prevalentes en personas mayores y de amplia utilización.

cualquier iniciativa surgida del seno de los sistemas de salud en función del impacto sobre la salud colectiva.

Caracterización actual del sistema de salud argentino

Nota preliminar

Para poder caracterizar un sistema sanitario complejo como el argentino se requiere información veraz y completa. El sistema de salud argentino dispone de una buena estructura de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica, pero la información respecto de otros aspectos que hacen a la descripción de su perfil ni está fácilmente disponible, ni es resultado de un sistema de registro constante que se haya ido perfeccionando progresivamente.

Juan Sanguinetti, en un informe elaborado en 2015 para el Banco Mundial sobre las principales tendencias que se identifican en Argentina respecto de cobertura, gasto, financiamiento y uso de los servicios de salud, expresaba:

[...] es poca la información pública disponible sobre el número de beneficiarios y/o usuarios de cada uno de los sectores o subsistemas de salud que componen el sistema de salud argentino, en particular, cuántos son los beneficiarios de las obras sociales nacionales o sindicales, cuántos son los beneficiarios de las obras sociales provinciales que atienden a los empleados públicos estatales, cuántas personas son las que compran y utilizan los servicios de la medicina prepaga mediante un seguro voluntario o acceden a estos mediante convenios de las obras sociales con las empresas de medicina prepaga, y finalmente, cuántos son los argentinos y residentes extranjeros que se atienden en el subsector público o cuentan con los beneficios del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para los Jubilados y Pensionados (INSSJYP). La fragmentación de los sistemas de aseguramiento y, sobre todo, la superposición de coberturas, genera grandes dificultades para estimar el número de beneficiarios por subsistema de salud (Sanguinetti, 2015: 1-2).

Para este apartado se consideró entonces información disponible en distintos sitios, entre ellos de MSN, OPS y OMS y en lo vinculado con aspectos económicos se tomó como base trabajos que requirieron mucho esfuerzo de elaboración como los de Federico Tobar (2011), de Mario Borini (2013) y de Juan Sanguinetti (2015). También rescatamos un documento de la Dirección de Economía de la Salud de la Secretaría de Gobierno de Salud (2019) y un análisis del presupuesto 2019 producido por la Fundación Soberanía Sanitaria (2019). Estos trabajos contribuyeron a actualizar esta cuestión.

Después de una somera descripción del sistema de salud argentino, planteamos en este apartado algunas aristas críticas, para exponer tensiones y disputas que se verifican al interior de un sistema fragmentado y que, en parte, explican los resultados sanitarios que registra Argentina.

Descripción general del sistema de salud argentino

La combinación de recursos públicos y privados debe evaluarse en función de su equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención.

Un Sistema Nacional de Salud debería integrar estos distintos niveles de atención en el marco de un programa global de cobertura de la población. Sin embargo, en Argentina como en América Latina –aunque con diferencias marcadas entre países, especialmente en la última década–, se observa una tendencia a la fragmentación de las decisiones y las acciones, tanto en el ámbito público como en el privado.

Argentina presenta un sistema de salud mixto y de gran fragmentación, al interior del cual se verifican importantes diferencias en los recursos disponibles por beneficiario. Esto genera diferencias en los accesos a servicios de salud y, por ende, inequidades (OPS, 1997; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Se presenta como un sistema con una dinámica compleja que trasluce la realidad económica coyuntural del país y de la situación laboral, que ha ido variando produciéndose cambios de cobertura y pasajes de afiliados de un subsector a otro, en especial durante el periodo 2003-2015.

Tal como afirma Daniel Gollán:

Hasta la ley Liotta (Ley N° 20748 de 1974) que creaba el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), era muy posible armar un sistema nacional integrado de salud, ya que había dos actores principales que financiaban y prestaban servicios de salud. El subsistema prepago prácticamente no existía, por lo que la decisión política del gobierno peronista de ese entonces de hacer un sistema integrado de salud era perfectamente cristalizable (Gollán, 2015: 11).

Pero como fue comentado, empezando durante la última dictadura cívico-militar y consolidándose con las medidas adoptadas durante la década menemista (1989-1999), se rompieron las tradicionales reglas de solidaridad del sistema de seguridad social, lo que facilitó el ingreso de sistemas privados para producir el “descrime” de las obras sociales (véase párrafo e) del apartado sobre Modelo pluralista). Así, en 1995 la reducción del 1% en los aportes patronales generó una pérdida de \$2.087 millones en los años siguientes, es decir el equivalente a más del 60% de la recaudación anual del sistema.

La Tabla 11, extraída del trabajo de Juan Sanguinetti, expone la repartición de las coberturas entre la población, en 2003 y en 2014. Obsérvese que hacia 2014 el autor estimó que la distribución de la población activa que contaba con los beneficios de la seguridad social (OSN y OSP) representaba el 48% del total de la población; los beneficiarios del PAMI e Incluir Salud, el 13%; las personas con seguros voluntarios de salud, el 5% (aproximadamente 2 millones de personas); y las personas con cobertura del subsector público, el 35% restante. Esto significa que unos 15,8 millones de personas se atienden usualmente en el subsector público (Sanguinetti, 2015).

TABLA 11. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD. ARGENTINA, 2003 Y 2014

Año	Sin seguro explícito	Plan Sumar	Pro.Fe./Incluir Salud	Sub-total	Obras sociales nac.	Obras sociales prov.	PAMI	Seg. Priv. (prepaga)	Sub-total
2003	N° 16.521.010	0	344.630	16.865.640	11.088.379	4.974.905	2.567.636	2.503.440	21.134.360
%	43,5	0	0,9	44,4	29,2	13,1	6,8	6,6	55,6
2014	N° 5.443.479	9.377.737	1.048.313	15.869.529	13.434.953	6.966.359	4.305.720	2.092.939	26.799.971
%	12,8	22	2,5	37,2	31,5	16,3	10,1	4,9	62,8

Fuente: Sanguinetti (2015).

Los datos del periodo 2003-2014 muestran cambios importantes en la composición de los grupos poblacionales por tipo de cobertura. A continuación se indican los hechos más sobresalientes al respecto.

En primer lugar, se exhibe un aumento de la participación de la población que cuenta con seguros vía obras sociales nacionales y provinciales, PAMI, prepagas y medicina privada, con una clara disminución de la población con cobertura solo por el subsector público.

Entre 2003 y 2014 la población que cuenta con seguros de salud pasa del 55,6% al 62,8% del total. Dentro de este grupo se destaca la mayor participación de la población beneficiada por el PAMI, aproximadamente 10,1% de la población total en 2014 (4,3 millones de personas) versus los 6,8% de 2003 (aproximadamente 2,5 millones de personas), lo que refleja el efecto de la ampliación de los derechos jubilatorios a mayores de 65 años a través de moratorias y planes especiales. También aumenta la población afiliada a un seguro de salud de las obras sociales nacionales provinciales, lo cual traduce el crecimiento del empleo formal, tanto en el sector privado como en el estatal. En el primer caso representan en 2014 el 31,5% de la población (aproximadamente 13,4 millones de personas) y en el segundo, el 16,3% de la población (6,9 millones de personas).

La coexistencia de subsistemas públicos y privados hace que aparezcan señales de mercado y nuevas formas de comportamiento entre los agentes prestadores. Surgen a partir de la década de 1990 nuevas modalidades de “selección adversa” y de “subsido cruzado” que no eran habituales en contextos más estables y en los que la seguridad social era eje fundamental del sistema. Esa coexistencia hace que el

subsistema privado trate de evitar las actividades de menor rentabilidad relativa, que lleva a discriminar actividades de promoción y prevención de la salud, de atención de pacientes crónicos y de salud mental, entre otras.

Por otra parte, el subsector público intenta superar algunos “defectos innatos” tales como estadías de internación largas, alto costo por cama, baja tasa de utilización de tecnología de alta complejidad, deficiente gerenciamiento de sus recursos, en definitiva su grado de ineficiencia, aunque esta no sea una característica exclusiva del subsector.

Justamente, la eficiencia de la actividad pública es hoy objeto de atención y en este sentido aparecen claramente dos tendencias extremas, ya mencionadas, sobre finales del siglo xx: a) suponer que la eficiencia y la efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual está gobernada; y b) aceptar que el sector público es inherentemente ineficiente y poco efectivo, no siendo lo relevante que técnicas de gestión sean las adecuadas, sino cómo conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas (Cabases-Hita, 1999).

Algunos datos ilustrativos

Con respecto a la **demand**a –entendida como población que requiere servicios de salud–, y en un primer nivel de análisis, se puede distinguir a aquellos que solo acceden a los servicios públicos de quienes tienen cobertura explícita de seguros de salud. En el año 2017, aproximadamente un tercio de la población (34,8%, es decir, 15,3 millones de personas) no cuenta con aseguramiento formal y solamente puede acceder a los servicios públicos para satisfacer sus necesidades de salud, mientras que casi dos tercios (62,7%, o sea, 27,6 millones de personas) tienen cobertura por parte de la Seguridad Social –se trate de obras sociales nacionales, provinciales o de complemento con empresas de medicina prepaga–, y alrededor de 6 millones de personas (13,6%) cuentan con cobertura privada exclusiva (De la Puente y De los Reyes, 2019).

En cuanto a la **oferta** –entendida como el conjunto de organizaciones que proveen bienes y servicios de salud–, el sistema está compuesto por tres subsistemas de cobertura que cuentan con fuentes diversas de financiamiento.

En la Tabla 12 y la Figura 8 se muestra la estructura demográfica según tipo de cobertura para el año 2010. En ellas podemos observar cuáles son los grupos etarios que más utilizan/acceden a uno u otro de los tipos de cobertura del sistema de salud, así como la repartición por género.

Desde la óptica de la salud pública es importante contemplar cuáles son los grupos poblacionales que son usuarios de los distintos esquemas de cobertura, a fin de articular políticas sanitarias consistentes con un enfoque de derecho y que se pueda brindar la respuesta más eficiente en términos de acceso y equidad.

En este sentido, resulta elocuente que cada subsistema atienda a distintas poblaciones objetivo, siendo probablemente esa situación una de las claves de los problemas que evidencia la estructura sanitaria argentina.

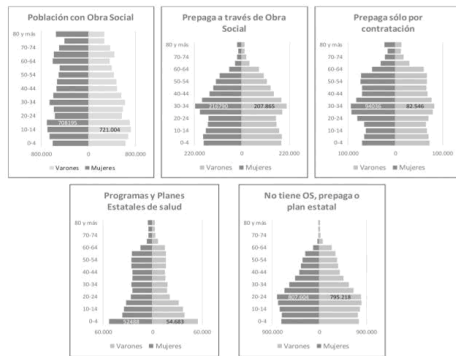
TABLA 12. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA SEGÚN TIPO DE COBERTURA EN SALUD. ARGENTINA, 2010

Rango etario	Población según rango etario	Obra Social %	Prepaga a través de obra social %	Prepaga solo por contratación voluntaria %	Programas y planes estatales de salud %	No tiene obra social, prepaga o plan estatal %
0-14	10.192.838	39,2	10,4	4,0	2,5	43,9
15-24	6.775.000	37,7	9,4	4,1	1,6	47,2
25-34	6.150.341	39,9	13,1	5,7	1,4	39,9
35-49	7.104.064	45,2	13,1	6,1	1,7	33,9
50-59	3.862.717	47,1	11,5	7,3	2,2	32,0
60-74	3.879.790	74,1	6,4	5,4	1,3	12,7
75 y más	1.706.381	88,1	3,8	3,7	1,0	3,4
Total población y porcentaje según tipo de cobertura	39.671.131	46,4	10,6	5,1	1,8	36,1

(*) Incluye PAMI

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010).

FIGURA 8. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA SEGÚN TIPO DE COBERTURA EN SALUD. ARGENTINA, 2010



Fuente: Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, realizado por el INDEC en 2010.

Lo primero que observamos es que casi la totalidad de la población adulta mayor de 59 años es cubierta por el sector de la seguridad social –PAMI tiene alrededor de 5 millones de beneficiarios–. El sector de cobertura prepaga se centra en el segmento de la población económicamente activa que percibe los mayores ingresos (25 a 45 años).

A su vez, el grueso de la cobertura del sector público se concentra en la niñez, la juventud y los recién ingresados al mercado laboral de forma en general precaria, que son cubiertos por los efectores públicos de salud.

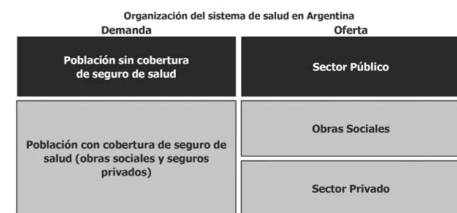
Los programas y planes estatales de salud tienen por objetivo atender grupos poblacionales focalizados, son financiados con recursos provenientes del Tesoro y también por préstamos de los organismos internacionales de crédito como el Banco Mundial (BM) a través del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Uno de ellos es el ya mencionado Plan Nacer que se implementó a partir del 2004, destinado a todas las madres, y sus hijos, que no poseyeran cobertura formal de salud. Ese plan mudó su nombre a Plan Sumar, para ampliar la población objetivo hasta transformarse en el que abarcaba a casi todo el rango etario de la población sin cobertura formal hasta el 2015. La gestión macrista englobó los programas y los incluyó a todos en lo que se denominó como Cobertura Universal de Salud (CUS).

Ni cobertura universal en base a seguros, ni sistema único: sistema mixto

El sistema de salud en Argentina es un sistema mixto, en el que conviven las coberturas formales de los trabajadores, las empresas de medicina prepaga y el sector público en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

FIGURA 9. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA



Fuente: CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento).

El sector público es responsable de las necesidades de atención de salud de la población sin cobertura, mientras que la población que cuenta con cobertura –dada su condición de trabajador formal,

contribuyente particular o trabajadores jubilados–, es atendida por el subsector de la seguridad social o el privado, según el tipo de cobertura que tenga.

- **El subsistema público** se financia a través de los impuestos, o recursos del Tesoro recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal.
- **Las obras sociales** reciben aportes y contribuciones salariales cuyo destino son los seguros sociales.
- **El subsistema privado** se financia con los gastos de las familias, también denominados gastos de bolsillo, que incluyen tanto los consumos programados –pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga– como los esporádicos –también denominados desembolsos directos–.

La Figura 9 combina aspectos de la demanda y de la oferta; sin embargo, el comportamiento de la población no responde a parámetros tan esquemáticos, ya que muchas consultas de personas con cobertura de seguros de salud se concretan en el sector público.

Esto es así por varias razones, entre ellas:

- **Prestigio de las instituciones sanitarias.** No siempre quien tiene un seguro explícito usa el mismo para ser atendido.
- **Localización de los prestadores.** En muchos lugares el hospital público es el único prestador.
- **Disponibilidad de servicios.** Un caso típico es el de la atención de urgencia y emergencia, donde la continuidad la garantiza el hospital público.

TABLA 13. POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR. ARGENTINA, 2015 (EN %)

Quintiles de IPCF	Total	Tipo de cobertura de salud				
		Hospital público y CAPs	Obra social	PAMI	Seguros privados (prepagas)	ProFe-Incluir Salud
1° quintil	100,0	67,8	29,6	2,9	0,8	1,7
2° quintil	100,0	42,7	45,8	7,3	1,6	2,6
3° quintil	100,0	29,1	54,6	12,5	1,8	2,0
4° quintil	100,0	16,2	65,9	13,9	2,4	1,5
5° quintil	100,0	9,9	73,5	11,8	4,2	0,5
Total	100,0	38,5	49,1	8,7	1,9	1,8

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS, 2015) elaborado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Un breve análisis de la Tabla 13 nos permite observar cómo decrece la dependencia respecto de los efectores públicos de salud (hospital público/CAP) a medida que avanza la disponibilidad de ingresos per cápita.

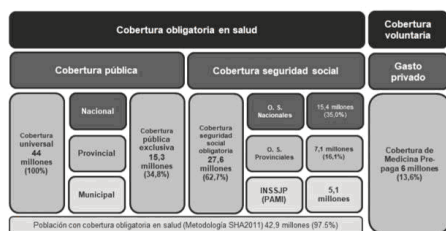
Un comportamiento inverso tiene la cobertura con obra social, en la cual los sectores de menores ingresos tienen menor participación que los de mayores ingresos. Una explicación a ese fenómeno es que los trabajadores de los primeros quintiles tienen trabajos informales, por lo tanto, sin cobertura de obra social ni derechos laborales. Este patrón también se observa en el sector de la medicina prepaga, donde aumenta la participación a medida que avanza la distribución del ingreso.

La cobertura que ofrece el PAMI abarca porcentajes significativos en todos los quintiles de la distribución del ingreso, concentrando la participación en los quintiles de 3 a 5. Esto se debe a que la mayoría de los afiliados al PAMI son jubilados de trabajos formales, que cobran por encima de los ingresos correspondientes a los dos primeros quintiles de la distribución.

En el año 2019, la Secretaría de Gobierno en Salud (hoy Ministerio) publicó un valioso trabajo en el cual hace el cálculo de cuántas personas son cubiertas por el sector público, el sector de la seguridad

social y el de los seguros privados, conocido en Argentina como de la medicina prepaga (De la Puente y De los Reyes, 2019).

FIGURA 10. COBERTURA EN SALUD (PÚBLICA Y DE SEGURIDAD SOCIAL). ARGENTINA, 2017



Nota: Población con cobertura obligatoria (Metodología SHA2011): es la suma de la población con cobertura social y la población con cobertura pública exclusiva (CPE). Fuente: Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019.

En la Figura 10 vemos que la población con cobertura pública exclusiva (CPE) es de 15,3 millones de personas –casi un tercio de la población nacional–. La seguridad social cubre las necesidades de salud de 27,6 millones de habitantes y la medicina prepaga atiende a 6 millones de personas.

TABLA 14. GASTO EN SALUD SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES. ARGENTINA, 2017

Agente del gasto	Gasto en millones de pesos corriente (2017)	% del PBI
Nacional	3.626,7	0,5
Provincial	13.056,0	1,8
Municipal	2.901,3	0,4
Gasto público total	19.583,9	2,7
OSN	14.506,6	2,0
OSP	7.253,3	1,0
INSSyP (PAMI)	6.528,0	0,9
Gasto Seguridad Social	28.287,9	3,9
Gasto Privado Total	20.309,3	2,8
Gasto Total en Salud	68.181,1	9,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC (PBI) y del documento "¿Cuánto gasta Argentina en Salud?" de la Secretaría de Gobierno de Salud, 2019.

Las interrelaciones entre los flujos de financiamiento entre cada uno de los subsistemas en el sector público, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y otros actores relevantes dentro del sistema general de salud permiten divisar la complejidad del sistema y la necesidad de abordajes integrales para la consecución de las políticas sanitarias.

En base al documento "¿Cuánto gasta Argentina en salud?" (De la Puente y De los Reyes, 2019) y considerando el PBI a pesos corrientes del año 2017, observamos que en este año, el gasto total en salud fue de 68.181,1 millones de pesos, representando el 9,4% del PBI.

- **3,9% del PBI** corresponde al gasto de obras sociales (\$28.287,9 millones);
- **2,8% del PBI** corresponde privado total (\$20.309,3 millones);
- **2,7% del PBI** corresponde al gasto público total (\$19.583,9 millones).

Para el año 2017, y sobre la base del documento ya referido, se puede observar una gran diferencia en el gasto per cápita entre el gasto público y el de las obras sociales, respecto del gasto privado (Tablas 14 y 15).

TABLA 15. GASTO PÚBLICO, DE SEGUROS SOCIALES Y PRIVADO, PER CÁPITA EN \$ Y EN US\$, Y PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD RESPECTO DEL PBI. ARGENTINA, 2017

Sub-sectores de salud	Gasto en millones de \$	Gasto per cápita en \$	Gasto per cápita en dólares (promedio 2017)	% del PBI
Gasto Público Total	19.583,9	1.429,7	82,3	2,7
Gasto de Seguridad Social (incluye PAMI)	28.287,9	1.088,6	62,7	3,9
Gasto Privado	20.309,3	4.657,6	268,1	2,8
Gasto Total en Salud	68.181,1	1.548,0	89,1	9,4

Fuente: elaboración propia basada en De la Puente y De los Reyes (2019).

En los últimos cuatro años, el ajuste perpetrado por la gestión macrista implicó un fuerte retroceso en el acceso a la salud y la reaparición de enfermedades endémicas que habían sido erradicadas como fue el caso del sarampión, del que en el año 2018 se volvió a reportar casos luego de aproximadamente veinte años. En julio de 2020 el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, anunció que, "tras pasar más de doce semanas sin casos de sarampión, se da por concluido el brote de esta enfermedad que había comenzado a fines de agosto del año pasado". De esta manera, Argentina logró mantener la condición del país libre de sarampión (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Los trabajadores de salud en Argentina

Salud es parte del tercer sector de la economía.¹² Sus acciones pueden ser catalogadas como servicios de personas para personas, en las cuales los trabajadores conforman el núcleo central e imprescindible.

12 Sectores de la economía. Sector primario: dedicado a la extracción de recursos de la naturaleza (agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, minería); sector secundario: dedicado a la transformación de las materias primas en productos elaborados (industria, artesanía, construcción); sector terciario: trabajos que ofrecen servicios (salud, educación, transporte, comercio).

Los trabajadores representan el componente estructural más significativo y son al mismo tiempo el principal factor potencial de cambio. También se constituyen en el más fuerte estabilizador de esas transformaciones cuando estas se instalan en la cultura institucional (Rovere, 1993). De ahí que resulte importante una referencia a esta cuestión en un texto que analiza el sistema de salud en Argentina.

En 2012, Ginés González García, en un trabajo que se enfoca en la salud de los médicos en Argentina, estimaba que el sistema de salud en este país, en su conjunto, empleaba aproximadamente 700.000 personas, lo cual equivalía al 4,7% del total de trabajadores ocupados de los aglomerados urbanos del país (González García *et al.*, 2012). Si bien el sector público concentra alrededor del 40% del total de los empleados en esta actividad, la evolución de los últimos años registra una tasa de crecimiento superior en el ámbito privado.

Respecto del número total de trabajadores de salud en Argentina, no se cuenta con datos fidedignos actualizados. En 2016 fue creado el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud (Ofertus), actualmente dependiente de la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación, un espacio destinado al fortalecimiento, a la evaluación y al monitoreo de las políticas de recursos humanos en salud. Se proponía consolidar una red de observatorios provinciales que contribuyeran a la

evaluación y monitoreo de situaciones y tendencias de los recursos humanos locales, en el marco de los procesos de desarrollo de los sistemas y servicios de salud; y aportar a los procesos de toma de decisiones en materia de recursos humanos en salud en el país, mediante la producción colectiva de evidencias, analizadas desde las distintas perspectivas locales y en función de las necesidades regionales y nacionales de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Sin embargo, tampoco este organismo oficial publica datos actualizados sobre tan relevante cuestión.

La información disponible más actualizada proviene de un estudio realizado por la licenciada en sociología Mónica Abramzón en 2004 y publicado por OPS en 2005, y de un trabajo presentado en 2015 por

la Dirección nacional de regulación sanitaria y calidad de servicios de salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, a cargo del Dr. Guillermo Williams (2015).

Abramzón utilizó el censo nacional de población de 2001 para estimar el número de profesionales de salud y concluyó que para esa fecha existía aproximadamente un médico cada 300 habitantes y que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires concentraban el 55% de los profesionales mientras ambos distritos reunían al 46% de la población del país. Esa misma investigación mostraba que había en nuestro país 10 médicos por cada enfermera, es decir que, cuando Argentina mostraba una razón de médicos por habitantes similar a la de países europeos, estos últimos evidenciaban diez veces más enfermeros por habitantes (Abramzón, 2005).

Del trabajo de Williams, que da cuenta de la conformación de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud, se recuperan datos sobre médicos y enfermeras del año 2013. La relación de personal de enfermería (177.974 totales) por médico activo (166.187 totales) era de 1,07, siendo la relación enfermeros/médicos (sin contar los auxiliares de enfermería) de 0,55. Eso significa que, si bien se había mejorado respecto de 2001, todavía se estaba muy lejos de la situación que muestran los países desarrollados o incluso otros países de la región.

En efecto, un informe de 2018 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas reveló que la Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante, con 4,24 cada 10 mil personas, solo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití. Cuba es el país mejor posicionado de América Latina con 81,30, seguido muy lejos por Chile, con 22, luego Uruguay (18,9), Brasil (7,1) y Bolivia (5,1). En tanto, los Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4) son los que mantienen la mayor proporción de todo el continente (Cassiani *et al.*, 2018). En estos últimos casos mencionados, correspondería un análisis más preciso, debido a que las diferencias en los planes de estudios y certificaciones distorsionan los guarismos, pero que no entra en los objetivos de este trabajo.

una mayor utilización de servicios de salud, no alcanza con considerar solamente el dato cuantitativo, también debe atenderse la calidad y el tipo de especialidad requerida. En la actualidad, en todas las jurisdicciones del país se registran dificultades para cubrir determinados cargos en especialidades médicas críticas, y también en otras profesiones necesarias para la conformación de los equipos si se quiere brindar atención calificada. En este sentido, el alarmante dato ya comentado, referido al déficit de enfermería que se expresa en una relación médico/enfermera desaconsejable, se reproduce con referencia a otras disciplinas del arte de curar, aunque algunas de ellas muestran una tendencia creciente en los últimos años (nutrición, kinesioterapia) (Abramzón, 2006).

Pese a algunos intentos de planificación del talento humano en salud, como la inclusión del tema en el Plan Federal de Salud 2004-2007, que establecía entre sus metas la delimitación de las “prioridades de formación en términos cuantitativos y cualitativos en forma concertada con las entidades formadoras públicas y privadas y los entes de rectoría” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004: 41), las iniciativas en este sentido ni fueron suficientes, ni resultaron efectivas.

Históricamente Argentina no ha desplegado una política activa de gestión de talento humano en el ámbito de la salud tendiente a propiciar los cambios en el sistema de salud que permitieran alinear su perfil con las necesidades de la población. La planificación y gestión del talento humano en salud deberá considerar las nuevas demandas de salud considerando su complejidad creciente y también los cambios en el perfil de los profesionales recientemente egresados, algunos de los cuales surgen al analizar los resultados de investigaciones que se han llevado a cabo para indagar en las preferencias y expectativas de los estudiantes y los egresados de carreras del ámbito de la salud.

En las conclusiones de esos estudios se destacan los cambios en la valoración del tiempo de ocio, la demanda de mayor flexibilidad horaria, la menor tolerancia a actividades extraordinarias como las guardias y la menor disposición a ejercer en localidades pequeñas y áreas rurales.

Por esa razón, las políticas dedicadas al talento humano en salud deben contemplar la instalación de estímulos necesarios y efectivos

Vale mencionar como contrapartida que Argentina, además de incrementar el número de personal de enfermería, ha logrado mejorar el peso relativo de cada nivel de formación en enfermería a través de incrementar el número de técnicos y licenciados. Así, mientras que en 2001 el porcentaje de licenciados en enfermería llegaba solo al 5%, era del 14% 15 años después (Tabla 16).

Tabla 16. CANTIDAD DE ENFERMERAS POR MÉDICO: ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES, SERIE 2001-2016 (EN NÚMERO Y EN %)

Nivel de formación	2001		2016	
	Número	%	Número	%
Auxiliares	58.092	69	81.268	40
Técnicos	21.897	26	92.822	46
Licenciados	3.633	5	29.360	14
TOTAL	83.622	100	203.450	100
Relación enf./médico	0,65		1,15	

Fuente: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) - Ministerio de Salud de la Nación.

Uno de los indicadores que habitualmente se consideran para comparar entre sí los distintos sistemas de salud es el número de habitantes por médico. Según datos del Banco Mundial (véase Tabla 8), Argentina mostraba para 2016 una relación equiparable a los países con mejores indicadores sanitarios (3,96 médicos cada 1.000 habitantes). Sin embargo, la distribución geográfica de los mismos es muy dispar. En efecto, para 2012, la región del Noroeste argentino mostraba una relación de 2,74 médicos por 1.000 habitantes, y en el otro extremo, la región central, 6,79 debido al peso de CABA. Sin contar esta jurisdicción, la relación es favorable para la región patagónica (4,83 por 1.000), aunque la permanencia en esta zona muchas veces resulta aleatoria ya que los profesionales prefieren migrar a centros más poblados o regresar a sus lugares de origen antes de culminar su vida laboral (Williams *et al.*, 2014).

En el contexto de modelos de atención que tienden a la fragmentación y en los cuales se verifican un alto grado de especialización y

para fomentar la radicación de profesionales en forma equilibrada en el territorio y la cobertura de las distintas especialidades, a fin de contribuir a reducir brechas. Es relevante combinar los incentivos económicos con la disposición al progreso personal y familiar y la percepción de ser parte de un colectivo que los contiene y valora (González García *et al.*, 2012).

Flujos financieros dentro del sistema argentino de salud

Constituye un error frecuente considerar que el gasto público en salud se destina exclusivamente a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de seguros de salud.

La coordinación del sistema de salud es responsabilidad del Estado en sus tres niveles e implica gastos que trascienden el destinado a la mera asistencia médica. Las tareas de promoción y prevención de la salud, de vigilancia epidemiológica, de investigación y regulación son necesarias para el desenvolvimiento de las sociedades y la construcción de derechos en el marco de la igualdad y el derecho a la salud pública.

El sistema de salud se nutre de diversas fuentes de ingresos cuya asignación atiende también una gran variedad de actores. Para sintetizar, vamos a explicitar las principales fuentes y sus destinos en términos de población alcanzada.

El Estado en sus tres niveles (municipal, provincial y nacional) destina recursos que provienen de los impuestos generales para todas las tareas de salud y que, en conjunto con el aporte de los organismos internacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo),¹³ financian las tareas de salud pública y de atención a la población sin cobertura formal de salud.

La Seguridad Social, a través de los aportes obligatorios de trabajadores registrados y sus respectivos empleadores, financia la atención médica de las obras sociales y de las empresas de medicina privada que reciben los aportes de dichos trabajadores.

¹³ Se financian programas específicos con partidas presupuestarias asignadas y controladas por estos organismos, en el marco de programas internacionales acordados.

El sector privado se financia en parte por el gasto de bolsillo de los particulares y en parte por los aportes voluntarios de los trabajadores (registrados, monotributistas y particulares) que contratan los servicios de los seguros privados de salud.

Una parte importante del gasto de bolsillo –que resulta difícil estimar de manera concreta– es el desembolso directo por parte de los beneficiarios de todas las coberturas, que deben afrontar con dinero propio la diferencia entre la cobertura asumida por las obras sociales y los valores de venta al público. Un ejemplo de esto es el dinero erogado por los afiliados a las distintas obras sociales en medicamentos y otras tecnologías médicas que la seguridad social no cubre en su totalidad (co-seguros o co-pagos).

Un trabajo de referencia para dimensionar las interrelaciones de los flujos financieros dentro del sistema de salud argentino es el esquema realizado por Federico Tobar en el 2012 en los documentos del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (Cippec) (Tobar *et al.*, 2012).

La salud pública no solo implica la atención de salud de las personas sin cobertura formal, sino que es un pilar de los procesos sociales de inclusión y construcción de derechos.

Interrelaciones en el campo de la salud y los diversos subsistemas

Sobre la base del esquema propuesto por Tobar (Tobar *et al.*, 2012), desmenuzaremos las interrelaciones de los componentes del sistema de salud para ofrecer una dimensión de éstos y de la forma en que conviven en este campo.

Se identifican tres grandes grupos para el análisis: el primero abarca la **población**, que puede tener o no cobertura formal. En otros están los **esquemas de financiamiento** que responden a la forma y al origen de los flujos monetarios, los cuales sostienen y financian a los diversos actores del **proceso de atención**, a los que las personas acuden cuando demandan **atención médica** (Figura 11).

El primer grupo está integrado por personas que acceden regularmente, asistiendo tanto a los efectores del **sector público**, como también a los de la **seguridad social y del sector privado**.

ciales. Estos contratan los **profesionales médicos**, abonan por la atención en las **clínicas privadas** y financian los tratamientos complementarios y farmacológicos (medicamentos) para sus afiliados.

Se conforma así el sector de la **seguridad social**, que responde a un esquema bismarkiano en el que se desenvuelven las obras sociales nacionales (OSN), las provinciales (OSP) y las obras sociales de otras instituciones del Estado como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a través del PAMI, las Fuerzas Armadas y las universidades, entre otras.

Estas se financian a partir de las **contribuciones obligatorias** que realizan empleadores y trabajadores, sean del sector público, privado o de la sociedad civil, y atienden las necesidades de atención médica de sus afiliados.

El sector de la **salud privada**, en el que conviven las empresas de medicina prepaga (EMP) y las mutuales de la sociedad civil, financian esquemas de seguros de salud a través del **gasto de bolsillo** que realizan sus aportantes.

Una parte del financiamiento de los diferentes esquemas de cobertura también proviene del gasto de bolsillo por parte de personas que con cobertura formal en salud deben erogar dinero extra para el acceso y el tratamiento de la salud, comprando planes de salud superiores a los ofrecidos por las obras sociales y pagando por prestaciones que quedan por fuera de los esquemas de cobertura formal, como lo son muchos de los medicamentos prescritos habitualmente. Esta porción del gasto de bolsillo se denomina **deseMBOLSO DIRECTO**.

Los **servicios públicos** reciben los flujos monetarios provenientes de los distintos niveles de gobierno según el tipo de jurisdicción (nacional, provincial y municipal), a través de los ministerios y subsecretarías.

A estos pueden acceder todas las personas que habitan suelo argentino, porque así lo dice nuestra Constitución, dando atención de la salud a cualquier persona que asista a un efector público de salud, incluidas las poblaciones con cobertura y sin cobertura.

Asimismo, la política del Estado en salud abarca las acciones **de prevención, promoción, regulación y vigilancia epidemiológica**.

Las personas cuya única posibilidad de atención de la salud es a través de los efectores públicos son consideradas "sin cobertura formal", mientras que a la masa de trabajadores registrados y a quienes abonan seguros privados de salud se los considera "con cobertura".

FIGURA 11. FLUJOS FINANCIEROS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, 2010



Fuente: Elaboración propia basada en Tobar et al. (2012).

Las instituciones que intervienen en los esquemas de atención de la salud para cada uno de los grupos poblacionales dependen de formas de financiamiento de distinto carácter. El Estado en sus tres niveles financia a través de los impuestos la salud pública, que abarca las dimensiones de atención, investigación, promoción y prevención de la salud, así como también la regulación de los procesos económicos y sociales que atraviesan el campo de la salud.

El alcance de la red de salud pública en nuestro país se relaciona con el proceso de políticas sanitarias impulsadas por el Dr. Carrillo, con una lógica claramente social de la atención a la salud, anclada en la realidad nacional y una tradición universalista.

La masa de trabajadores formales recibe atención médica a partir de la cobertura que brindan los sindicatos mediante las obras so-

El Estado recibe financiamiento de los organismos internacionales de crédito y financia parte de los programas de cobertura especial dirigidos a grupos poblacionales focalizados y sin cobertura formal, con el fin de responder a los lineamientos de las políticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El análisis de los flujos de financiación de los distintos subsistemas de atención de la salud muestra cuál es la disputa por los recursos destinados a la salud, lo que pone en tensión el rol y el alcance de la política sanitaria integral, ya que el Estado tiene un rol rector fundamental, además de ser el respaldo de todo el sistema ante situaciones de crisis y epidemias.

Las instituciones de salud se financian mediante impuestos, contribuciones y gasto de bolsillo. Estos fondos sirven para sufragar el proceso de atención médica, que tiene diferentes actores según la población que los demanda.

La población con cobertura accede a los establecimientos privados de salud o a los propios de la seguridad social. En el primer caso la obra social paga por los servicios prestados y abona en parte el gasto en medicamentos de esta población. En muchos casos sucede que las personas que tienen cobertura formal en salud asisten a los efectores públicos, lo cual genera un subsidio cruzado por parte del sector público al sector de cobertura formal de la salud, ya que cuando un persona asiste a un efector público de salud no se le niega la atención, tenga o no obra social. Un ejemplo elocuente de esta situación es la atención de las emergencias en salud, ya que pocos servicios privados o de la seguridad social cuentan con guardias permanentes, especialmente en lugares alejados de los grandes conglomerados urbanos. Lo mismo ocurre en los lugares donde el sector público es único prestador para todo tipo de atención.

En muchas provincias se está avanzando con los sistemas de recupero de forma tal que la atención médica recibida por personas con cobertura formal en salud en los efectores públicos pueda ser facturada a las obras sociales y/o prepagas, ya que los afiliados realizan sus contribuciones y abonan las cuotas de las prepagas para no tener que pagar directamente por la atención de salud. Sin embargo, el desarrollo de esquemas efectivos de recupero financiero es exiguo, com-

lo cual el subsidio mencionado antes sigue destacándose cuando se analizan los flujos financieros del sector.

La heterogeneidad en números

Las diferencias entre los distintos tipos de sistema de salud se dan entre las diferentes formas de cobertura y también entre las provincias, ya que cada una, como garante de la salud de sus habitantes, dispone de recursos muy dispares para la atención de la salud de su población.

Para completar el panorama relacionado con el financiamiento del sistema de salud y anticipar lo que se expondrá luego respecto de las diferencias en resultados sanitarios entre jurisdicciones, vale mostrar el gasto público en atención de la salud en las provincias argentinas (Tabla 17) (Sanguinetti, 2015).

El gasto per cápita muestra enormes diferencias interjurisdiccionales, que en los extremos es de hasta 8 veces (Buenos Aires 657 versus Tierra del Fuego 5.516). Estas brechas son significativas, aunque por sí solos estos guarismos no explican la asimetría en los resultados sanitarios. De hecho, el gasto en salud de cada provincia se correlaciona más con el tamaño de la población y del sistema de salud –capacidad instalada y volumen de personal– que con las condiciones de salud de la población (Maceira, 2007).

De todas maneras, es dable apuntar que a causa de la descentralización ocurrida a principios de la década de 1990 las provincias pasaron a ocupar un rol central en la provisión de servicios de salud, especialmente entre la población que no cuenta con cobertura de la seguridad social (Borini, 2013).

Los resultados sanitarios para este importante grupo de personas, más de 15 millones, si bien tienen relación con el nivel de inversión pública en salud, como ya mencionamos al principio de este documento, están fuertemente vinculados con los determinantes sociales. Esa determinación genera las desigualdades entre las distintas provincias que integran el territorio argentino.

TABLA 17. GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN DE LA SALUD EN LAS PROVINCIAS ARGENTINAS, 2013

Provincia	En millones de pesos de 2013	Variación porcentual respecto de 2003	En pesos per cápita	En pesos por beneficiario	En millones de US\$	En US\$ por beneficiario	En % del GPT
Buenos Aires	10.168	78,7	657	1.857	1.855	339	6,7
CABA	10.494	124	3.707	20.986	1.914	3.828	20,7
Catamarca	888	263,1	2.451	6.265	162	1.143	10,1
Chaco	2.002	315,7	1.911	3.298	365	602	10,3
Chubut	1.396	190,9	2.802	10.267	255	1.873	11,6
Córdoba	3.629	163,2	1.114	3.388	662	618	7,8
Corrientes	1.394	287,2	1.415	2.924	254	533	10,5
Entre Ríos	2.138	193,6	1.748	4.892	390	892	9,8
Formosa	1.366	304,7	2.592	4.556	249	831	10,7
Jujuy	1.307	225,5	1.960	4.332	238	790	11,9
La Pampa	988	151,2	3.135	9.712	180	1.772	12,5
La Rioja	676	107	2.038	5.345	123	975	9,7
Mendoza	2.003	154,7	1.164	3.147	365	574	9
Misiones	1.632	340,7	1.495	3.428	298	625	10,2
Neuquén	1.926	65,4	3.555	10.235	351	1.867	11,8
Rio Negro	1.378	180,5	2.198	6.386	251	1.165	13
Salta	2.226	221,2	1.851	3.887	406	709	16,7
San Juan	1.129	122,7	1.677	3.812	206	695	11,3
San Luis	614	86,6	1.434	3.617	112	660	9,4
Santa Cruz	1.267	158,9	4.835	28.538	231	5.206	10,6
Santa Fe	4.217	204,9	1.333	4.204	769	767	10,1
Santiago del Estero	1.252	176,7	1.443	2.579	228	471	9,8
Tierra del Fuego	679	114,1	5.516	25.657	124	4.680	9,8
Tucumán	2.983	408,9	2.071	5.681	544	1.036	16,4
TOTAL	57.253	149,9	1.456	4.035	10.535	736	10,5

Fuente: Sanguinetti (2015).

En lo estrictamente atinente al sistema de salud, es importante conocer no solo el nivel del gasto en atención de la salud de las provincias sino también su asignación funcional al interior del subsistema de salud pública provincial, lo que abre un campo de análisis extenso que involucra tanto el sector público como las obras sociales provinciales y los acuerdos con el sector privado.

Algo sobre el presupuesto nacional y el destino salud

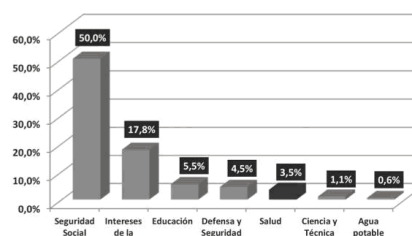
Una de las herramientas para el análisis de la política sanitaria de un gobierno es la participación que les otorga a la salud y a la seguridad social en el presupuesto anual. El rol que le asigne, en los tres niveles de gobierno, a la política sanitaria podrá ser evaluado a partir de los montos y la ejecución de los fondos asignados a salud, complementado con los fondos destinados a la seguridad social, que fortalecen los determinantes sociales de la salud.

Cuando los objetivos macroeconómicos no son alcanzados y los presupuestos legalmente aprobados son subejecutados, su utilidad pierde relevancia y adquieren importancia las áreas que son más recortadas, ya que el presupuesto nacional contempla flujos de dinero para la salud pública en general.

El estudio detallado del presupuesto de salud y la comparación entre periodos permiten una aproximación más creíble de la visión que cada gobierno tiene acerca de la salud del pueblo.

Respecto del presupuesto nacional para 2017, Mario Borini destacaba que la finalidad de mayor crecimiento era la deuda pública (11% en términos nominales), que crecía en 2017 cuando ya lo había hecho en 2016 en US\$ 40 mil millones. De esa forma, un 20% del presupuesto de la administración pública nacional se destinaba solamente al pago de intereses de la deuda. Ese gasto era una vez y media superior al gasto total previsto para salud y siete veces mayor que el previsto para provisión de agua potable y alcantarillado.

FIGURA 12. PORCENTAJES DEL PRESUPUESTO NACIONAL PARA 2019 POR ÁREAS



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del (ex) Ministerio de Salud de la Nación.

El presupuesto 2017 promovía mayor concentración económica sobre la base de mayores exenciones impositivas a la renta financiera, menores contribuciones empresarias a la seguridad social, regímenes de promoción económica de grupos concentrados de la economía y exención de impuestos a bienes personales (Borini y Migueles, 2017). Esta tendencia se sostuvo durante los dos años siguientes (2018, 2019) (Figura 12).

La Fundación Soberanía Sanitaria publicó en octubre de 2018 un informe en cinco partes que analiza el presupuesto aprobado para el año 2019 (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018a). En coincidencia con la mención de Borini para el presupuesto 2017, la Fundación Soberanía Sanitaria señala para el 2019:

Es importante señalar que los servicios de la deuda (estimación de pagos de servicios de la deuda del sector privado, organismos internacionales y sector público financiero) es la única actividad que crece por encima de la inflación promedio estimada y es la única que podría seguir creciendo si aumenta el dólar, dado que registra un aumento nominal en el presupuesto 2019 del 48,8% (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018a).

Para analizar el presupuesto y establecer si hubo aumentos o reducciones respecto del año anterior se toma en cuenta la inflación promedio anual, además de la diferencia nominal. Es decir, se compara el presupuesto 2019 con el presupuesto vigente para 2018 en términos nominales, pero considerando la inflación proyectada. De esta forma es posible conocer el aumento o la disminución real del crédito asignado para cada programa. Una síntesis de ese pormenorizado informe se agrega en el resumen de la Tabla 18.

TABLA 18. IMPACTO EN LA ASIGNACIÓN POR ÁREAS ESPECÍFICAS DEL EX-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (*), SEGÚN PRESUPUESTO APROBADO PARA 2019

Área	Reducción real 2018-2019
Salud integral en la adolescencia	45,20%
Sanidad escolar	97,60%
Detección temprana y atención de enfermedades poco frecuentes y anomalías congénitas (incluye provisión de hormona de crecimiento)	41,10%
Programa de atención de la madre y el niño (las anteriores están incluidas)	76,40%
Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP)	42,50 %
Hospitales SAMIC: Garrahan y El Cruce	6,1% y 7,1%
Cobertura Universal de Salud (CUS)-Medicamentos (ex-Remediar)	36,6% (**)
Salud sexual y reproductiva	14,70%
Programa equipos comunitarios (ex - médicos comunitarios)	66,40%

(*) En septiembre del año 2018, el Ministerio de Salud de la Nación pasó a ser la Secretaría de Gobierno en Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, por decreto presidencial. En diciembre del 2019 vuelve a tomar rango ministerial, recuperando el nombre de Ministerio de Salud de la Nación.

(**) Debe considerarse que CUS-Medicamentos incorporó drogas oncológicas, antes a cargo del Banco Nacional de Drogas Oncológicas, y la ayuda directa a personas, antes a cargo de la Secretaría de Articulación Institucional del Ministerio de Desarrollo Social. La reducción apuntada es sin tomar en cuenta las áreas incorporadas.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe N° 37 de la Fundación Soberanía Sanitaria.

Se observan grandes reducciones reales en todas las áreas estudiadas. Las consecuencias del ajuste en salud son pérdidas irreversibles, cuyos costos sociales son absorbidos por toda la sociedad, en especial

La reducción no es la misma en todas las áreas: es mayor en algunas que hacen eje en la promoción y la prevención de la salud (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018b). Cuando se observa la evolución del peso porcentual de la asignación presupuestaria correspondiente al Ministerio de Salud se advierte un progresivo descenso (Figura 13).

Resultados sanitarios

Vale la pena, a fin de ilustrar este documento, tomar unos pocos indicadores que dan cuenta del estado de salud de los argentinos y que ponen en evidencia, básicamente, lo siguiente:

1. **La fragmentación del sistema atenta contra la posibilidad de mejorar** el producto del esfuerzo de los componentes del sistema.
2. **La comparación con otros países** muestra que no tenemos los resultados esperables para el nivel de inversión en salud que mostramos.
3. **Las brechas hacia el interior de nuestro país** que se evidencian al comparar las distintas jurisdicciones resultan injustas y hasta inmorales.

Esperanza de vida al nacer (EVN). La Argentina presenta para 2018 –últimos datos disponibles (OPS, 2018)– una esperanza de vida al nacer (EVN) de 77,4 (80,6 para mujeres y 74,1 para varones). Si bien el país registra una evolución positiva en este indicador epidemiológico –era para 2009 de 75,4 años; 78,7 en mujeres y 72,0 en varones–, en las últimas dos décadas la comparación con otros países de la región con ingreso per cápita similar, como Uruguay o Costa Rica, evidencia un ritmo de crecimiento menor y la pérdida de liderazgo sanitario.¹⁴ Llama la atención la comparación con Cuba,

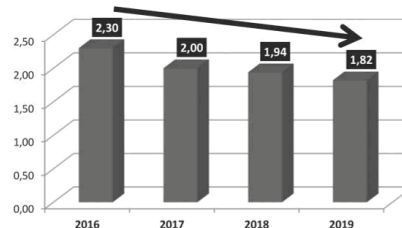
14 Según la base de datos del Banco Mundial para la variable "Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)", en 2009 el gasto promedio en Argentina fue de US\$ 730 por persona, en Costa Rica de US\$ 668 y en Uruguay de US\$ 698. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD>.

por los sectores de menores recursos que demandan atención en los efectores públicos de salud.

El MSN ha tenido diferentes conformaciones y estructura, pero siempre mantuvo entre sus competencias y obligaciones la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado. Además, mediante el financiamiento de infraestructura y la transferencia de recursos el Ministerio de Salud reduce las desigualdades entre jurisdicciones garantizando servicios de salud de calidad y el acceso a tratamientos (ver programas verticales mencionados en el apartado dedicado a la gestión de Juan Manzur).

Muchos de los programas que tienen a su cargo esas actividades muestran un ajuste en el presupuesto 2019.

FIGURA 13. REPRESENTACIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL CORRESPONDIENTE AL ÁREA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (DESDE 2018 SECRETARÍA DE GOBIERNO EN SALUD) CON LAS COMPETENCIAS DE 2015



Fuente: Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de los presupuestos nacionales 2016, 2017, 2018 y 2019.

El presupuesto asignado para 2019 para la Secretaría de Gobierno en Salud (ex Ministerio de Salud de la Nación) presenta una reducción real del 8,1% respecto de 2018.

considerando que este país tiene un PBI per cápita menor que el argentino.

En la Tabla 19 se expone la EVN de algunos países de la región de las Américas, en datos correspondientes al año 2018.

TABLA 19. ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EVN) EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 2018

País	EVN mujeres	EVN varones	EVN promedio
Argentina	80,6	74,1	77,4
Bolivia	72,4	67,3	69,8
Brasil	79,5	72,3	75,9
Chile	82,3	77,4	79,9
Colombia	78,3	71,2	74,7
Costa Rica	82,6	77,9	80,2
Cuba	82,1	78,2	80,1

Fuente: Elaboración propia basada en OPS (2018).

La Tabla 20 y la Figura 14 muestran la evolución histórica de la EVN cada 10 años desde 1967, en cinco países del continente americano (Canadá, Chile, Cuba, Costa Rica y Argentina), así como los guarismos para el año 2017.

Obsérvese que la Figura 14 muestra a Canadá claramente por encima del resto de los países analizados y el resto, todos mejorando progresivamente, pero con pendiente de la curva de tendencias diferentes.

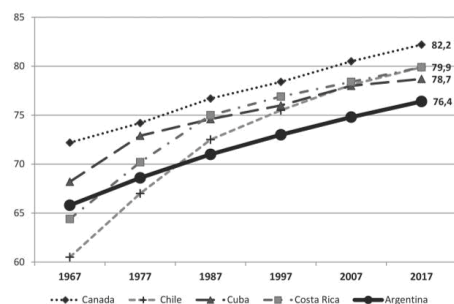
TABLA 20. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN CANADÁ, CHILE, COSTA RICA, CUBA Y ARGENTINA EN 1967, 1977, 1987, 1997, 2007 Y 2017

País	1967	1977	1987	1997	2007	2017
Canadá	72,2	74,2	76,7	78,4	80,5	82,2
Chile	60,5	67	72,5	75,5	78,1	79,9
Cuba	68,2	72,9	74,6	76	78	78,7
Costa Rica	64,4	70,2	75	76,9	78,4	79,9
Argentina	65,8	68,6	71	73	74,8	76,4

Fuente: Banco Mundial (BIRF - AIF)

https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=AR-CL-CA-CR-CU&name_desc=false

FIGURA 14. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DATOS DE LA TABLA 20



Además, la comparación provincial de la EVN sintetiza una tendencia que se reitera en gran parte de los resultados de salud y que constituye una clave para comprender el perfil epidemiológico argentino: la existencia de profundas brechas entre regiones y grupos poblacionales.

Por ejemplo, existe una diferencia de casi **cinco años** entre las provincias con menor y mayor EVN. La última publicación de los indicadores básicos de salud de Argentina muestra que la EVN para ambos sexos en Chaco alcanzaba los 72,85 años para el período 2008-2010, mientras que CABA llegaba a los 77,17 años (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019). Tal como veremos con otros indicadores, si bien la brecha se ha reducido todavía se expresan diferencias respecto de las cuales hay tareas para desplegar.

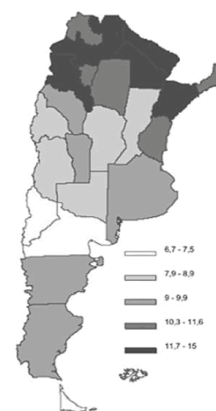
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). En este aspecto, la evolución argentina es alentadora, como ya se mencionó al introducir la Figura 7. Cabe destacar que en el período 2002-2015 bajó más el componente posneonatal –en términos proporcionales–, lo que sugiere mejoras en las condiciones generales de vida (determinación

social de la salud) (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Nuevamente, el análisis de este indicador por provincias muestra diferencias, aunque es dable apuntar que esa brecha se redujo en el período 2003-2015, debido a que se registraba para 2003 una TMI de 25,0 por 1.000 nacidos vivos en Formosa mientras que la provincia con mejor indicador llegaba a 10,3.

Esa tasa para 2015 fue de 12,6 en Formosa y de 6,4 en la jurisdicción con mejor índice. Es decir, la brecha se redujo de 2,4 veces a 1,9 veces, lo cual es un dato alentador pero insuficiente. Esas diferencias se ilustran en la Figura 15.

FIGURA 15. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS ARGENTINAS, 2016



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5). La comparación internacional en lo que respecta a este indicador epidemiológico no resulta alentadora (Tabla 21). La Argentina registra valores más altos y un menor ritmo de descenso que otros países de la región con condiciones similares, tanto en TMI como en TMM5. Incluso Brasil, por ejemplo, que históricamente se ubicó por detrás de la Argentina en términos de indicadores sanitarios, la superará en pocos años de mantenerse el actual ritmo de descenso.

TABLA 21. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

País	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 NV)	Razón de mortalidad materna 2018 (por cada 100.000 NV)	Tasa de mortalidad menores de 5 años (por cada 1.000 NV)
Argentina	9,7 (2016)	52	11,6
Bolivia	24,0 (2016)	206	29,0
Brasil	14,0 (2016)	44	16,4
Chile	7,0 (2016)	22	8,1
Colombia	17,1 (2015)	64	18,7
Costa Rica	7,7 (2017)	25	9,6
Cuba	4,0 (2018)	39	5,5
Uruguay	6,5 (2017)	15	7,9

Nota: Entre paréntesis aparece el año al que corresponde el indicador.
Fuente: Elaboración propia basada en OPS (2018).

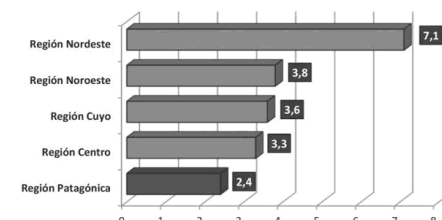
Quizás aún más preocupante resulte verificar las brechas entre provincias. Mientras que Tierra del Fuego, Neuquén y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registran TMI menores a 8 por 1.000 nacidos vivos y TMM5 menores a 10 por 1.000 nacidos vivos, las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes superan la tasa de 15 para ambos indicadores.

Dicho de otra manera, por cada 10 niños menores de un año que fallecen en Tierra del Fuego, mueren 45 en Formosa; y por cada 10 menores de 5 años que perecen en Tierra del Fuego, fallecen 36 en Formosa.

Razón de mortalidad materna. Esta variable expresa el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos.

Durante 2016 se produjeron en Argentina 245 muertes maternas, resultando una razón de 34 por 100.000 nacidos vivos. La DEIS, en el documento ya referido, sugiere que el comportamiento de la mortalidad materna desde 2005 no define una tendencia clara. Menciona que al analizar las causas surge que el aborto aparece en 17,5% de las muertes aunque se haya notado una reducción por esta causa en forma progresiva. Por el contrario, aumentaron las muertes con origen en causas indirectas, y se registró un pico en 2009, relacionado con la epidemia de gripe por el virus H1N1.

FIGURA 16. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS), POR REGIONES. ARGENTINA, 2016



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

Las diferencias por regiones son significativas (Figura 16). Por debajo del promedio nacional (3,7 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos) se ubican la zona Centro (3,3) y la Patagonia (2,4); y por encima, Cuyo (3,6), Noroeste (NOA) (3,8) y Noreste (NEA) (7,1), reiterando diferencias que expresan inequidad en salud.

EL CASO NEUQUINO

180 El caso neuquino

La notable disparidad en los PBG per cápita y las diferencias entre los porcentajes que se destinan a la salud se expresan en la atención médica y el acceso efectivo en cada provincia, acentuándose más en un sistema fragmentado como el argentino (Tabla 22).

Formosa, siendo una de las provincias más pobres de nuestro país, destina casi 5% de su PBG a la salud, mientras que Neuquén, con mejores indicadores en salud y teniendo un PBG más alto, destina el 1.89% de su PBG para esta finalidad.

Esto evidencia que el porcentaje destinado a salud en sí mismo no indica mucho, sino que hay que pensar en el valor del PBG de cada provincia, en los indicadores socio-sanitarios y en la estructura demográfica y productiva que da origen a la determinación social de la salud.

Este trabajo no aspira a describir en forma completa y pormenorizada el sistema de salud neuquino, solamente pretende plantear algunos rasgos que lo caracterizan, haciendo un análisis de su evolución y esbozando algunos de los desafíos que debe enfrentar.

Es dable mencionar que la evolución del sistema neuquino no guarda una estricta correlación con lo que ocurrió en el resto del país, especialmente entre las décadas de 1970 y 1990. La trayectoria de desarrollo del sistema de salud neuquino y también su estado actual lo posicionan en un lugar de privilegio respecto de otras organizaciones provinciales, lo que constituye una plataforma sólida para emprender un proceso de actualización y mejora en favor del acceso universal al derecho a la salud.

La exigencia de mejora que surge desde distintos sectores propios del sistema de salud, especialmente del ámbito público, debe ser interpretada, desde nuestro punto de vista, como el genuino planteo de actores que entienden que Neuquén está en mejores condiciones que otras provincias para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud. Esa percepción en parte, pero no exclusivamente, se funda en la capacidad económica de Neuquén que potencialmente podría ser invertida en políticas sociales adecuadas a los tiempos que corren.

Situando a Neuquén en la economía argentina

El Indec publicó los datos del producto interno bruto por jurisdicción para el año 2004 y Neuquén se situó en el cuarto lugar en el monto del Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita. El porcentaje del PBG destinado a salud en ese año fue del 1,89% para el total del sector salud, correspondiendo el 0,9% a la salud pública y el 0,99% a la salud privada.

Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino. Daniel Esteban Manoukian - Nasim Iusef Venturini 181

TABLA 22. PRODUCTO BRUTO GEOGRÁFICO (PBG) PER CÁPITA Y % DEL PBG DESTINADO A SALUD, POR PROVINCIAS. ARGENTINA, 2004

Provincia	PBG per cápita (\$ 2004)	% PBG destinado a Salud		
		Sector Salud	Salud Pública	Salud Privada
Tierra del Fuego	69.740,3	1,59	1,01	0,59
Santa Cruz	59.219,4	1,54	0,93	0,62
CABA	55.783,9	4,40	1,12	3,27
Neuquén	47.588,0	1,89	0,90	0,99
Chubut	42.948,4	1,40	0,60	0,80
San Luis	32.019,0	1,74	0,64	1,11
Santa Fe	27.189,9	2,00	0,53	1,47
La Pampa	23.355,8	3,03	1,12	1,91
Córdoba	22.617,6	2,54	0,59	1,95
Buenos Aires	21.167,7	1,96	0,58	1,38
Mendoza	21.163,8	2,30	0,77	1,53
La Rioja	19.278,8	2,69	1,06	1,63
Rio Negro	18.567,6	3,58	1,68	1,90
Catamarca	18.384,8	2,49	1,27	1,22
Entre Ríos	17.910,9	2,78	1,21	1,57
San Juan	13.325,8	4,02	1,20	2,83
Salta	12.454,3	2,97	0,91	2,06
Jujuy	10.598,2	3,40	1,64	1,76
Santiago del Estero	10.426,7	3,06	1,21	1,85
Tucumán	10.351,9	4,27	1,21	3,07
Misiones	9.991,3	3,10	1,21	1,89
Chaco	9.988,0	3,87	1,69	2,19
Corrientes	8.558,6	3,64	1,38	2,26
Formosa	7.824,5	4,91	3,01	1,91
Total Nacional	23.017,3	2,67	0,82	1,85

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Indec, última publicación referida al año 2004.

Algo de la historia de Neuquén y cómo llegamos hasta aquí

La provincia de Neuquén es una de las 24 jurisdicciones argentinas y forma parte del norte patagónico. Según el último censo nacional (2010), en sus poco más de 94.000 km² residían 550.344 habitantes: se registra una baja densidad poblacional pero una fuerte velocidad de crecimiento. Se estima que la población actual ronda las 650.000 personas y tanto la tasa de natalidad como la migratoria se mantienen desde hace varios años por encima de la media nacional. También se caracteriza por una fuerte concentración en la capital provincial y las ciudades vecinas (más del 50%).

Hasta 1958, Neuquén fue un *Territorio Nacional*¹⁵ sin capacidad de elección de autoridades locales, las cuales eran designadas desde la capital del país (Favaro, 1993). El descubrimiento de petróleo en 1918 en Plaza Huincul (a 100 km de la capital provincial) abrió un horizonte promisorio para este territorio –de hecho, hasta la actualidad constituye la base de la económica provincial– pero el desarrollo integral fue francamente deficitario hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX (Colantuono, 1995), especialmente en las localidades más alejadas de la capital.

Sobre finales de la década de 1950, los principales indicadores sanitarios mostraban situaciones sanitarias muy dispares en el interior del país. A partir de la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Nación (1946-1954) (Alzugaray, 1988), se habían logrado mejoras sanitarias significativas en algunas provincias argentinas, pero otras continuaban muy atrasadas. Para 1960 morían en

15 El 15 de junio de 1955, el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 14.408 que provincializó los territorios de Neuquén, Río Negro y Formosa, sobre la base de los Territorios Nacionales existentes. Dicha ley fue promulgada por el entonces presidente Juan Domingo Perón, pero debido al golpe de Estado de septiembre de 1955 se pudo poner en vigencia recién dos años después. Así fue cómo el 28 de agosto de 1957 se realizó la primera reunión de la Convención Constituyente de la provincia de Neuquén, que sancionó la Constitución Provincial en noviembre de ese año. La provincia tuvo que esperar la restitución de la democracia, en el año 1958, para elegir sus primeras autoridades democráticas.

adquiere un perfil caracterizado por el desarrollo de la obra pública y la política social, acentuando la tendencia discursiva hacia lo local y regional (federalismo).

En lo que refiere a la salud, es interesante destacar que las decisiones que caracterizaron al MPN de los primeros años se pueden identificar en términos ideológicos con los postulados de la doctrina justicialista desplegada por Perón (1945-1955), pero al mismo tiempo incorporaron conceptos planificadores propios de la etapa desarrollista. Ese marco conceptual y operativo para definir políticas públicas respondía al contexto de gran parte de América Latina, influenciado por la asistencia financiera de la Alianza para el progreso y los modelos de planificación sugeridos (Morgenfeld, 2012). En 1964 se creó en Neuquén el Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo (Copade) (Blanco, 1998). Se propiciaba un modelo de planificación centralizado, determinístico, de base económica, normativo, que en países socialistas era imperativo e indicativo, o prescriptivo en países capitalistas.

El Dr. Horacio Lores,¹⁶ en un texto aportado para este libro, recuerda lo siguiente:

El 12 de octubre de 1963, el Gobernador Felipe Sapag, al asumir su primer mandato constitucional, expuso en su mensaje a la Legislatura Provincial lo siguiente: 'Neuquén vive una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre... por la carencia casi absoluta de protección sanitaria en la zona rural, por la desorganización de los centros sanitarios asistenciales urbanos y por la magnitud de las enfermedades. El hambre y el frío hacen estragos en la población rural. Neuquén tiene uno de los más altos índices del país en mortalidad infantil y tuberculosis... La protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia, hasta el más humilde rancho perdido en la cordillera. Solicito todos los esfuerzos para dotar de lo necesario a los centros asistenciales fijos y para crear una asistencia ambulatoria que proteja a la población y en especial a la niñez. No podemos seguir avergonzándonos por esta situación'. Durante el gobierno

16 Horacio Lores: entre 1983 a 1987 fue Subsecretario de Salud, en el período 1991 a 1993 fue ministro de Salud y desde 1993 a 1994, ministro de Gobierno y Justicia provincial. Entre 2007 y 2013 fue senador por la provincia del Neuquén.

Neuquén 12 de cada 100 recién nacidos. Con una tasa de mortalidad infantil que registraba 117,9 fallecidos antes del año de vida por cada por 1.000 nacidos vivos, prácticamente se duplicaba el promedio nacional, y los departamentos del norte provincial, Minas y Chos Malal ocupaban los primeros lugares de ese triste *ranking* (Lator *et al.*, 2006).

Hacia finales de la década de 1960, el gobierno nacional, con un criterio planificador centralista y de acciones focalizadas, creó centros de atención materno-infantil en distintos puntos del país. En la provincia de Neuquén, los primeros se localizaron en las ciudades de Zapala, San Martín de los Andes, Cutral Có y Chos Malal (Blanco, 1998). Sin embargo, esas iniciativas no modificaron sustancialmente la situación sanitaria provincial.

La conformación del Estado provincial y su materialización efectiva se desarrollaron en un contexto de recurrente inestabilidad política a nivel nacional, signada por la proscripción del peronismo. Sin embargo, la "cuestión peronista" se diluyó con el claro triunfo de una fuerza política provincial (Movimiento Popular Neuquino, MPN) que incorporó a gran parte de su electorado y, a través de una figura carismática –Felipe Sapag (1917-2010)– neutralizó en gran medida la influencia del líder exiliado.

La emergencia de ese nuevo actor en la vida política provincial resultó determinante. Constituido el MPN como partido provincial a partir de 1961, resultó ser la fuerza controladora de la estructura de poder, aun en periodos extra-constitucionales (Martínez Guarino, 2004). Desplazado del gobierno por los golpes de Estado militares, nunca se desarticuló como partido político y sus figuras más destacadas siempre se mantuvieron cercanas a los interventores. Así, Felipe Sapag, elegido gobernador en 1963 y derrocado en 1966 por la denominada Revolución Argentina que encabezó el general Juan Carlos Onganía (1914-1995), fue designado interventor provincial en los dos años finales de ese gobierno de facto y fue reelegido gobernador en 1973 (Arias-Bucciarelli *et al.*, 1993).

A fines de la década de 1960 y entrando en la de 1970 es posible advertir la consolidación de un tipo de Estado que expande y articula una sociedad en permanente cambio y acelerada transformación;

provincial constitucional (1963-1966) se produjo un avance importante en Salud por la política de radicación de médicos y provisión de insumos, medicamentos y alimentos para combatir la desnutrición. Además se iniciaba el desarrollo de una incipiente infraestructura sanitaria junto a construcción de escuelas, caminos, puentes y aeropuertos. Pero el 28 de junio de 1966 el gobierno nacional fue derrocado por un golpe militar y fueron desalojadas las autoridades provinciales y municipales de todo el país (Lores, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejercía una influencia importante en el ámbito sanitario regional y propiciaba para la planificación sanitaria el método OPS/Cendes¹⁷ (Hilleboe *et al.*, 1973). Con esa orientación, en 1967 comenzaron a dictarse en Buenos Aires los Cursos Nacionales de Planificación de la Salud, de los que participaron profesionales neuquinos.

Hacia fines de la década de 1960 el gobierno provincial, consciente de las severas falencias en materia sanitaria, convocó los doctores Néstor Perrone y Elsa Moreno para organizar el sector público de salud, dando inicio a lo que se llamó el "Plan de Salud"¹⁸.

En ese momento histórico, la situación se caracterizaba principalmente por las variables siguientes.

17 OPS/Cendes: metodología de planificación sanitaria nacional generada en colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro de Estudios sobre Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (Cendes), a fines de la década de 1960.

18 Plan de Salud: aún hoy no hay acuerdo unánime sobre si la etapa que se inició en la década de 1970, y que efectivamente provocó un importante impacto en los indicadores tradicionales de salud, se trató de un verdadero plan de salud o si en realidad consistió solo en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta organizada a los problemas de salud detectados como prioritarios. Si por plan se entiende el resultado de una política, y esta es considerada como producto de definir prioridades y establecer metas, pues entonces el término plan de salud no resulta tan distanciado de la realidad histórica de Neuquén. El primer documento se denominó "Programación de Actividades" y constaba de dos tomos mimeografiados. Uno se refería al programa de Atención Médica y el otro al programa de Saneamiento Ambiental.

- Alta natalidad (1969): 38,7 nacidos vivos cada 1.000 habitantes con más de 25% de partos domiciliarios.
- Alta mortalidad general (1969): 12,1 muertes cada 1.000 habitantes (35% lo representaban las muertes de menores de un año). Las primeras causas de muerte eran los estados morbosos mal definidos.
- Alta mortalidad infantil (1970): 108,7 muertes en menores de una año cada 1.000 nacidos vivos.
- Alta mortalidad materna: 1,9 muertes cada 1.000 nacidos vivos.
- Elevada incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles respiratorias y diarreicas. La tasa de mortalidad por TBC (tuberculosis) duplicaba el promedio del país. Casi el 50% de las muertes carecían de atención médica.
- Elevado número de muertes sin atención médica, o mal definidas.
- Escasa infraestructura de servicios: 30 establecimientos de salud entre hospitales, centros de salud urbanos y puestos sanitarios rurales.
- Escasos recursos humanos y con bajo nivel de formación: en 1970, la provincia contaba con un total de 212 enfermeras, de las cuales el 67,5% eran empíricas (formadas en servicio sin capacitación formal).
- Falta de pautas o normas de atención médica.
- Importante porcentaje de población vulnerable sin acceso a la asistencia médica.
- Existencias de endemias con elevadas incidencias y prevalencias (hidatidosis, tuberculosis).
- Atención únicamente de la demanda espontánea, con acciones de recuperación, y casi sin actividades de promoción y protección. Sin visitas médicas periódicas a poblaciones nucleadas y escuelas y sin visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios.
- Muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

La decisión política de revertir ese diagnóstico se volcó rápidamente en acciones. Se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría, asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas

Sanitarias; se produjo un reordenamiento de estos últimos "incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas, que formaron el equipo multidisciplinario que requiere el actual concepto de Salud Pública" (Moreno, 1972: 1), se integraron todos los efectores oficiales por complejidad creciente, asumiendo, sin explicitarlo de esa forma, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje vertebral, bastante antes de la Declaración de Alma Ata de 1978.¹⁹

Se otorgó especial relevancia al desarrollo de recursos humanos, asumiendo el régimen de dedicación exclusiva como modo de contratación preferencial para las profesiones de grado, se priorizó su formación y se promovió el desarrollo de normas de atención para las prestaciones priorizadas, buscando que llegaran de manera efectiva e igualitaria a la población de todo el territorio (Ministerio de Salud de Neuquén, 2018).

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones vale mencionar:

- Regionalización y zonificación con asignación de ámbito geográfico bajo responsabilidad directa de cada hospital (área programa).
- Organización de la red pública siguiendo el criterio de articulación y ordenamiento de los establecimientos por complejidad creciente.
- Centralización normativa y descentralización operativa.
- Énfasis en la APS entendida como estrategia que importa a todo el sistema, sin limitarla al primer nivel de atención.
- Énfasis en el primer nivel de atención desde la actuación del agente sanitario como primer eslabón del sistema de salud.
- Capacitación del recurso humano: reconversión de enfermeras empíricas (formación de auxiliares de enfermería) y luego pro-

¹⁹ La Declaración Alma Ata fue la síntesis de la Conferencia Internacional realizada en esa ciudad de Kazajistán, entonces parte de la URSS, en el año 1978. El conclave logró un gran avance en la construcción de un consenso en torno de la estrategia mundial para mejorar la salud de los pueblos, centrada en el objetivo de expandir los cuidados de salud con amplia participación del Estado. Esa conferencia dejó definida una estrategia: la Atención Primaria de la Salud y adoptó un lema: "Salud para todos en el año 2000".

fesionalización en enfermería, residencias médicas (empezando con la de medicina general, con orientación rural), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadísticas sanitarias.

- Régimen de contratación de profesionales con la modalidad de dedicación exclusiva al sector público.
- Poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.

Este perfil de gestión sanitaria centrada en el desarrollo del sector público permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia y sentó las bases de un modelo que sería ejemplo para otras provincias argentinas, no por ser el primero, sino por perdurar pese a los cambios políticos que se registraron a lo largo de los últimos cincuenta años.

No es objeto de este trabajo realizar un detalle minucioso del devenir del sistema público de salud en Neuquén, pero entendemos que para estimar el impacto que este ha tenido cabe destacar el contraste de aquellos indicadores de comienzo de la década de 1970 con los actuales.

Las publicaciones oficiales más recientes (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018a) destacan:

- Neuquén cuenta con 29 hospitales públicos (1.114 camas), 89 centros de salud, 111 puestos sanitarios, es decir, 229 establecimientos de salud.
- A diciembre de 2018 cuenta con una planta de personal de 8.960 trabajadores de salud pública (cada 10.000 habitantes: 20 médicos, 38 enfermeras, 3 odontólogos, 2,3 psicólogos).
- Produce 1,5 millones de consultas médicas ambulatorias y 43.000 egresos hospitalarios por año.
- Cobertura de vacunas: entre ellas se mencionan hepatitis B y BCG: 98%; 3° Sabin y pentavalente: 91%; 2° Triple viral: 92%.
- Cobertura de salud: 65% obras sociales y seguros privados, 35% exclusivo salud pública. Acceso al derecho a la salud: 100%.
- Tasa de natalidad: 17,5 cada 1.000 habitantes.

- Tasa de mortalidad infantil: 7,8 por 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad general (ajustada por edad): 703 cada 100.000 habitantes.
- Esperanza de vida al nacer: mujeres: 82 años, hombres: 75,4.

Las publicaciones oficiales subrayan que Neuquén reporta la esperanza de vida más alta del país en mujeres (81,97 años) y la segunda en varones (75,43 años) (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018b). Respecto de la mortalidad infantil, Neuquén registró 6,7 muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos (tasa nacional para 2017: 9,7/1000) en 2017. Esa tasa fue de 8,1 en 2015; 7,3 en 2016 y recientemente se informó el dato preliminar de 2018, que alcanza el récord histórico más bajo de 5,44/1.000 (Ministerio Jefatura de Gabinete, Neuquén, 2019).

En cuanto a la organización sectorial actual, es dable mencionar que el sistema de salud provincial está compuesto por el sistema público de salud, el subsector privado y el de obras sociales. El subsector público comprende un nivel central normativo y de conducción general y una red integrada por los establecimientos prestadores de servicios. Desde el primer nivel de atención hasta la máxima complejidad, la dependencia del sistema de salud es del orden provincial. El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Ambos en conjunto ejercen su función de conducción hacia las jefaturas de Zonas Sanitarias. La red de atención está integrada por 29 hospitales (1.114 camas), 83 centros de salud, 111 puestos sanitarios y responde a un modelo organizacional regionalizado en áreas programas y zonas sanitarias, e integrado en niveles de complejidad creciente.

En el ámbito privado y de obras sociales se cuenta con 14 establecimientos con internación (638 camas). Se registra un importante crecimiento en los últimos años, con fuerte concentración de recursos en las principales ciudades de la provincia, especialmente en Neuquén capital (Figura 17).

trabajo estable, inicia un lento pero progresivo proceso de deterioro organizacional, al que se suman más tarde dificultades financieras y conflictos internos. Hacia principios del siglo XXI, el ADOS se encuentra sumido en una grave crisis financiera que lo lleva a incursionar en políticas de gerenciamiento privado, tal como sucede también en algunas obras sociales nacionales, lo cual culmina finalmente en la conformación de una cooperativa de trabajo que desde hace 15 años gobierna la institución.

En los últimos años se incorporaron otros actores que empezaron a tallar en este espacio, como la obra social de petroleros privados (Ospepri), que por capacidad económica ha ampliado su oferta y cuenta actualmente con tres centros propios con internación en Plaza Huincul, Catriel y Rincón de los Sauces, además de proyectar un gran centro de alta complejidad en Neuquén capital.

Otro actor con creciente presencia son los seguros privados como, por ejemplo, OSDE, SWISS Medical y Medifé, que constituyen una alternativa para personas con trabajo sin relación de dependencia que otrora se dirigían al hospital público.

El sector privado, que ha vivido desde la década de 1990 una fuerte expansión, se encuentra concentrado especialmente en Neuquén capital, pero dispone de algunos centros menores, casi exclusivamente ambulatorios, en el resto de la provincia, a excepción de Cutral C6 (Clínica Cutral C6), Zapala (Clínica Zapala) y más recientemente San Martín de los Andes (Clínica Chapelco). El crecimiento que ha experimentado este sector surge en gran medida en forma concomitante con la pérdida de la hegemonía del sector público en la escena sanitaria provincial, en particular con respecto a camas de alta complejidad y avances tecnológicos para diagnóstico y tratamiento.

Este proceso de crecimiento exponencial, que se verifica de manera específica en la última década, no resulta casual, ya que es fruto de una decisión política deliberada que se expresó con absoluta crudeza en 2004.

El facsímil de un artículo del diario *Río Negro* del lunes 2 de agosto de 2004 exhibido en la Figura 18 ilustra esa decisión, que se resume en la declaración del entonces gobernador de Neuquén, Jorge

Omar Sobisch: "Tenemos tan buen servicio de salud en la provincia de Neuquén que los privados se están fundiendo y debemos revertir esa situación."

FIGURA 18. FACSIMIL DEL DIARIO *Río Negro*.



Fuente: Diario Río Negro del 2 de agosto de 2004.

Aunque en esa misma nota aparecían declaraciones del entonces subsecretario de Salud, Fernando Gore, planteando que se construiría un centro de rehabilitación traumatológica, otro psiquiátrico y se reforzaría el servicio de Neonatología en Neuquén capital, la realidad mostró otra cara. Esos desarrollos no se concretaron y el sector privado ocupó el nicho dejado vacante por el sistema público.

Esta situación dio origen al creciente flujo de transferencia de fondos desde el Estado al sector privado que posibilitó su expansión.

La Dra. Elsa Moreno y el Dr. Néstor Perrone, mentores del "Plan de Salud" hacia finales de la década de 1960, fueron contratados a fines de 2004 por una consultoría externa, con la finalidad de evaluar la situación del sistema de salud neuquino. En diálogo con un medio local refería la Dra. Moreno:

El sistema neuquino de salud es uno de los mejores, pero debe ser sometido a modificaciones que permitan desarrollar aspectos postergados [...] El sistema de salud de Neuquén ha pasado por todos los avatares de la década del 90, en la que hubo una política neoliberal a la que le interesaba los recursos y la eficiencia, mucho más que la satisfacción de los derechos de la gente.

En esa misma entrevista añadía:

[...] de todas maneras el panorama ahora está cambiando gracias a un nuevo clima mundial con respecto a las políticas de salud, pero creo que tenemos que revisar algunas cosas, además de generar espacios de diálogo y reflexión, espacios intersectoriales (Moreno, 2004).

Estas expresiones se alinean con el pensamiento plasmado en el texto del informe que, a solicitud de las entonces autoridades provinciales de Salud, produjo la Dra. Elsa Moreno, junto con la Dra. Olga Nirenberg y el Dr. Néstor Perrone, entre 2004 y 2005.

Las conclusiones fueron presentadas a inicios de 2006. Llama la atención la manera en que muchas de las sugerencias efectuadas se contraponen con las expresiones del propio gobernador y las decisiones que se tomaron a partir de 2004-2005. Si bien algunas de las recomendaciones se emparentan con líneas de acción que comenzaron a desarrollarse, la referencia a este documento parece relevante en tanto muchos de los desafíos de gestión que más adelante se mencionarán ya aparecían en el informe de 2005 (Nirenberg *et al.*, 2009).

Evaluación del sistema público de salud de la provincia de Neuquén

Algunos puntos destacables del apartado Conclusiones

Pese a algunas conclusiones críticas que acá se registran, muchas de ellas expresadas por los recursos humanos (RR. HH.) del sector y los informantes externos, la Provincia sigue siendo un baluarte y un

modelo de la salud pública en el contexto del país y también en ámbitos internacionales, por su trayectoria a lo largo de muchos años y su adhesión a la Atención Primaria de la Salud (APS), aun antes de Alma Ata.

Se detectaron en los RR. HH. de establecimientos hospitalarios y de los centros de salud ciertos "imaginarios" que les enturbiaban la motivación y el impulso requeridos para el trabajo.

Un tema en cuestión es el que denominan *modelo hospital-céntrico*, que según expresan, desplazó el histórico eje neuquino de la APS. Sin embargo, es innegable que existe un número apreciable de centros de salud que deberían dar importante peso relativo al primer nivel de atención si además de crecer en cantidad se hubieran transformado cualitativamente, acompañando algunas de las actuales tendencias de la atención en el primer nivel. Algunas carencias son destacables en torno a la APS en la provincia: la ausencia de participación comunitaria y la escasa articulación intersectorial en todos los niveles de la gestión del sistema.

Referente al paquete básico de acciones tradicionales de salud de la APS, el mismo se mantiene sobradamente en la provincia, sobre todo en cuanto a la salud materno-infantil, pero no han sido incorporadas acciones efectivas relacionadas con nuevas problemáticas emergentes, como las violencias de todo tipo, las adicciones, el suicidio, la depresión y soledad en la tercera edad, entre las más prevalentes y mencionadas por los actores durante el estudio. El rol de los agentes sanitarios no se ha actualizado frente a las nuevas necesidades y demandas; su rol se ha desdibujado y ha perdido el protagonismo que tuvo. A esto debe agregarse que, mientras se mantienen las cifras de pobreza actuales debe pensarse en la inclusión de agentes sanitarios en las periferias de las ciudades, sobre todo en los asentamientos poblacionales precarios.

También es atendible el reclamo unánime de los RR. HH. de los Centros de Salud del primer nivel de atención, acerca de la falta de normatización (o de actualización de las normas) de aspectos estructurales (RR. HH., equipamientos y plantas físicas), así como de las funciones

y actividades a desarrollar por dichos centros. Si bien la cantidad de centros parece suficiente, no son adecuadas la mayoría de sus plantas físicas, son escasos sus equipamientos, limitados sus horarios de atención, cuestionables sus modos de organización y débiles sus desempeños en cuanto a dar respuesta oportuna y adecuada a los problemas emergentes y a las demandas más frecuentes de la población (que en gran parte termina acudiendo a los hospitales).

Los RR. HH. perciben además una tendencia por parte de las actuales autoridades, a la "privatización" del sistema. Se refieren críticamente a las transferencias de recursos financieros hacia el sector privado por la derivación de pacientes en determinadas especialidades debido a la carencia de recursos especializados (RR. HH. o equipos) en los establecimientos públicos.

Otro motivo de preocupación y malestar de los RR. HH. es el relacionado con la injerencia de la política partidaria en las decisiones sectoriales. Se refieren a designaciones en cargos sin tener en cuenta perfiles de formación y experiencia o de competencias para ese ejercicio, así como al desarrollo de obras que no responden en forma evidente a criterios demográficos o epidemiológicos.

Los RR. HH. refieren críticamente la debilidad de los procesos de planificación y programación en todos los niveles (provincial, zonales y de los establecimientos). Ya se mencionó la excesiva apertura de los programas del nivel central, los cuales podrían agruparse y consolidarse; asimismo, se señaló la falta de actividades de adecuación programática en los niveles zonales. Además existe un hiato entre la formulación de los programas centrales y su reflejo en las zonas sanitarias y los niveles operativos, que no son asumidos ni implementados cabalmente.

La participación comunitaria es una asignatura pendiente en el sistema de salud neuquino.

Algunos puntos relevantes del apartado Recomendaciones

La revisión y adecuación de la red de servicios es una tarea necesaria a llevar a cabo en forma inmediata para fijar prioridades y facilitar la planificación, gestión y evaluación del sistema.

Es necesaria una revisión de la regionalización y la descentralización, con la amplia participación de todos los niveles del sistema. Hay que fortalecer el primer nivel de atención en cada una de las zonas, incluida la metropolitana, para que tengan mayor capacidad de solución de los problemas simples, sin que los usuarios deban asistir al hospital.

El primer nivel de atención debe ser reorganizado: prolongar el horario de atención en los Centros de Salud y revisar la planta de RR. HH., sobre todo en cuanto a la presencia más frecuente de los profesionales, para evitar la asistencia a los hospitales por problemas cuya resolución podría estar en ese primer nivel.

Se aconseja estimular el desarrollo de nuevos modelos de gestión: atención domiciliaria pre-hospitalaria, hospitalización abreviada, cirugía ambulatoria y de corta estancia y unidades móviles para atención ambulatoria.

Tanto en el nivel provincial como en los zonales, debe incorporarse la intersectorialidad mediante la articulación con los gobiernos locales y con otros sectores.

Es urgente la reorganización de los sistemas de guardias médicas, según criterios geográfico/poblacionales y epidemiológicos y no exclusivamente como método de compensación por los bajos salarios.

Se sugiere implementar sistemas de turnos programados (telefónicos y en forma electrónica) para la atención ambulatoria.

Recupero financiero: son varias las recomendaciones para optimizar la facturación de prestaciones a usuarios cubiertos por obras sociales y seguros. Los niveles zonales y el nivel central provincial deben difundir la información acerca de los montos facturados y re-

caudados por prestaciones brindadas a usuarios de las obras sociales y los seguros, así como de los destinos de esos fondos.

Capacitación: debería formularse un programa de capacitación y actualización del personal alrededor de ejes temáticos prioritarios, con la modalidad de la capacitación en servicio. En ese programa deberían incluirse las demandas de capacitación de los trabajadores del sector y considerar cuestiones específicas orientadas a diferentes tipos de personal.

Particularmente, se requiere diseñar e implementar un programa de fortalecimiento de las capacidades gerenciales de funcionarios que se desempeñan en cargos de conducción, incluidos los jefes de zona; no necesariamente se hace referencia a una capacitación de tipo tradicional.

Los cargos de los establecimientos deberían ser concursados, como forma de evitar arbitrariedades y utilización político partidaria.

Se deben promover las actividades de investigación en los servicios, para lo cual es preciso señalar las líneas prioritarias y brindar estímulos.

Es conveniente fortalecer el campo de la economía de la salud en la planificación y gestión del sector salud provincial, para incluir aspectos como destino de los fondos (conducción, atención, insumos), rendimientos de las unidades y costos de las prestaciones en los distintos niveles de atención" (Nirenberg et al., 2009).²⁰

En la Tabla 23 se intenta una síntesis de la situación actual del sistema de salud neuquino.

²⁰ Los destacados son nuestros.

TABLA 23. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUBSECTORES DE SALUD EN NEUQUÉN SEGÚN PERFIL EN CUANTO A ASPECTOS DE REGULACIÓN, PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y FINANCIACIÓN

Subsector	Regulación	Prestación	Financiación
Público	Decisión política de ser eje del sistema. Regula por peso propio en su rol como prestador, pero poco o nada en su función de planificador y coordinador del sistema.	Buena distribución geográfica de servicios. Buen nivel funcional, actuando por complejidad creciente. Atraso en desplegar dispositivos para atención de nuevos problemas (adicciones, violencias, etc.).	Recursos disponibles abundantes financiados desde presupuesto provincial.
Privado	Regula su crecimiento por percepción de la demanda del mercado. Crece ocupando espacios que deja vacante el subsector público (tecnología de punta).	Progresivo desarrollo con alta calidad por necesidad para competir con sector público. Concentrado en núcleos urbanos más importantes. No trabaja en red.	Obra social provincial como principal fuente de financiación. Otras OS con poco peso: PAMI, OSECAC, OSDE, otras OS Seguros privados en expansión (por ej. OSDE).
Seguridad Social	ISSN es el principal actor, su regulación en manos del gobierno de turno, fija pautas regulatorias en acuerdo con prestadores privados. Aparecen otros actores en forma reciente (OSPEPRI, PAMI).	ADOS como único prestador propio (recientemente OSPEPRI). ISSN contrata a sector privado en ciudades grandes. Subsidio cruzado con hospitales públicos por atención en el interior con recupero financiero exiguo.	Subsidiada por sector público (en especial en el interior provincial). ISSN fuerte, población beneficiaria joven, pocos pasivos. OSPEPRI creciendo como financiador y prestador.

Fuente: Elaboración propia.

Evolución de la planificación en salud en la provincia del Neuquén

*Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace camino y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.*
Antonio Machado

Como otros hechos sociales, el devenir de un sistema de salud no es un trayecto lineal. Pueden identificarse distintos momentos en los cuales los papeles protagónicos van siendo ocupados por diferentes actores presentes en el escenario sanitario.

Intentando seguir el esquema propuesto al analizar la evolución del sistema de salud argentino, se esboza a continuación la evolución del neuquino considerando como eje ordenador el modelo de planificación asumido en cada etapa. Se verá que el modelo de planificación asumido implicó al mismo tiempo diferentes modos de decidir o, dicho de otra manera, cambios de centros de poder. Esas modificaciones a lo largo de la historia dan lugar, en forma explícita o implícita, a prioridades y objetivos de distinto orden.

El perfil del sistema de salud neuquino ha trascendido las fronteras provinciales al ser mencionado en ocasiones como modelo para otras provincias, e incluso para otros países de la región. Una de las facetas siempre destacadas del sistema de Neuquén es que fue fruto de la planificación sanitaria aplicada y logró sostenerse en el tiempo.

Efectivamente, al revisar el comienzo y la actualidad de este sistema provincial se pueden advertir rasgos perdurables; sin embargo, las formas de planificar y por consiguiente, de tomar decisiones, no siguieron siempre el mismo patrón. Esas decisiones modelaron el perfil del sistema y los cambios del contexto político, económico y social dieron lugar a desafíos que el propio sistema debe enfrentar para dar cuenta de su misión en términos de contribuir a la construcción colectiva de salud.

ser los límites que impone un sistema fragmentado y segmentado, exploraremos en este apartado el concepto de “campo” para esbozar algunas de las peculiares situaciones que expresan la complejidad del espacio propio de la salud.

Hugo Spinelli inicia el artículo “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina” mencionando que:

El muy utilizado concepto ‘sistema de salud’ expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo [...] campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010: 276).

Nosotros no resignamos el uso de los términos “sistema de salud” y “plan de salud” por la impronta simbólica que esas expresiones tienen para Neuquén, siendo ese un capital que, entendemos, debe ser aplicado en favor del interés colectivo.

Siguiendo a Pierre Bourdieu (1997), planteamos la noción de campo como herramienta de análisis, asumiendo el “campus” –en palabras del autor– como un conjunto de relaciones históricas objetivas en las que los agentes ocupan posiciones de poder. Estas relaciones históricas se desenvuelven en forma dinámica mediante conflictos y disputas que tienen lugar entre los agentes constitutivos de aquel campo. Asumimos la salud como un campo donde los agentes que en él se mueven representan intereses. En función de esa defensa, despliegan una lucha por conquistar capitales que Bourdieu clasifica en económicos, sociales, culturales y simbólicos.

El capital simbólico consiste en ciertas propiedades que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente, pero que consuman su existencia en tanto son reconocidas por los demás. Son capitales simbólicos, por ejemplo, la autoridad, el prestigio, la reputación, la

Sin pretender hacer un análisis exhaustivo, que merecería un texto específico, a efectos de contextualizar las necesidades actuales y considerando la historia del sistema de salud desde el punto de vista de la planificación (decisión) del sector, se apuntan los siguientes momentos: el primero, modelo clásico de 1960-1980; el segundo, más difuso, desde finales de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990; el tercero, expresión de lo que se pretendió hacer para mejorar entre 2000 y 2004; el cuarto, de franco debilitamiento de la función planificadora por parte del Estado, entre 2004 y 2019; y el actual, a partir de 2019, que aparece con un plan estratégico que, al menos desde sus enunciados, se presenta como disruptivo respecto de la etapa anterior, pero que requiere tiempo para confirmar si se consolida como una etapa distinta.

El criterio aplicado para esta sistematización, en consecuencia, responde más a la concepción detrás de las formas de decidir que a los modelos de planificación en sí mismos. Estos a menudo aparecen como forma de disimular otras intenciones.

El campo de la salud, la disputa de capitales y la quimera planificadora

*No se puede no planificar,
pero planificando,
no se consiguen resolver los problemas.*
Mario Testa

Como se mencionó, expondremos una secuencia, no sin antes hacernos algunas preguntas que disparen reflexiones quizás útiles para leer el presente que nos toca vivir. Expresamos en el primer capítulo que entendemos a la salud como un fenómeno social que contribuye a caracterizar una comunidad, por lo cual el concepto de salud excede en mucho un sector en particular. Sin renegar de las clasificaciones tradicionales que hemos empleado por resultar adecuadas para explicar algunos de los desafíos del sistema de salud argentino, como podrían

trayectoria, la fama o la inteligencia, por citar algunos. Es decir, son formas de crédito otorgado a unos agentes por otros agentes (Giménez, 1997). Para el caso que nos ocupa, el sistema de salud neuquino, hacemos extensivo el concepto al crédito otorgado por personas o instituciones a otra u otras a la o las que reconocen un valor especial.

La idea de campo trasluce mejor el grado de complejidad propia del ámbito de la salud, donde conviven lógicas muy distintas de pensamiento, diseño, planificación y acción. En el campo todos juegan, ergo, todos son sujetos que interactúan, no son objetos inanimados. Para el campo de la salud esto incluye trabajadores y usuarios. Así, los trabajadores no son meros autómatas que cumplen órdenes, por el contrario, no solo juegan por su condición de sujetos, sino además por la naturaleza del trabajo artesanal que despliegan, que por ello cuenta con cierta autonomía en la acción (Spinelli, 2010).

Los usuarios, o pacientes, también interactúan, responden, devuelven, contradicen, cuestionan, proponen y deciden. En ese contexto interactivo, la acumulación de capital simbólico otorga legitimidad, prestigio, autoridad, lo cual está directamente vinculado con la posibilidad de acumular poder, esto es, de adquirir grados crecientes de capacidad de decisión.

Además, debe connotarse que el campo no se integra solamente por personas aisladas, sino que en ocasiones algunas de ellas se asocian en grupos y también dentro de un campo, y el de la salud es uno de ellos, hay instituciones con reglas propias. Respecto del campo de la salud, debe destacarse la necesidad de la integración efectiva de diferentes culturas, con visiones muy distintas respecto del mismo objeto, que buscan establecer una identidad que sea reconocida por los demás acrecentando sus “capitales”.

En ese espacio de juego, donde todos pugnan por conquistar capitales, entre quienes y cómo planifican –y en consecuencia, en el cómo se decide–, se dirime una disputa de poder. El resultado de esa tensión se expresa en las prioridades, los objetivos, la distribución de recursos y hasta en la igualdad o desigualdad del acceso a la asistencia de salud.

Rosana Onocko Campos comienza su libro *La planificación en el laberinto* sugiriendo que desde el comienzo de los tiempos el hombre hace planes para el futuro. Después de descubrir que las estaciones se suceden con regularidad, el hombre intentó anticipar cómo actuar en cada época del año. Pero más allá de precisar cuándo, lo importante es comprobar la persistencia de esa preocupación humana, que se expresa en la compulsión por ordenar el futuro. Recuerda Onocko que, en algún momento del devenir humano, alguien decidió hacer de esa voluntad de ordenar el futuro una técnica, un saber previo y aplicable a cualquier situación y “nosotros, los que trabajamos en la salud, no nos quedamos afuera. Ya hicimos muchos planes y enseñamos varias formas de planificar” (Onocko Campos, 2007: 13).

Volviendo casi al inicio de este libro, en aquello del valor de la mirada crítica, nos sumamos a la pregunta inquisidora y casi molesta de Onocko, “¿se necesita de la planificación en salud?”.

Spinelli, en un artículo que se edifica sobre dos pilares conceptuales: la planificación como intento de predicción del futuro a través de la razón y el juego en tanto libertad en el presente, se pregunta: “¿por qué se planifica lo que no se hace, y se hace lo que no se planifica?, ¿por qué pretendemos planificar el futuro, si siempre vivimos el presente?, ¿por qué nos resulta tan necesario tener objetivos si no los cumplimos?” y plantea que:

La idea de planificación pretende eliminar la angustia de lo real [...] ya que lo real, el ser, lo que está siendo, es demasiado intenso, y su inmediatez no nos resulta fácil de tolerar, ya que desborda, y provoca miedo y angustia [...] De allí surge el poder ansiolítico de la planificación [...] La modernidad postula la planificación como técnica capaz de predecir el futuro, a través de la acción racional (Spinelli, 2019).

Sin embargo, resulta difícil abordar el análisis de los sistemas de salud y de las políticas de salud –a su vez como parte de las políticas sociales y de la política en general– sin considerar la planificación.

[...] la planificación no debe ser concebida desde este punto de vista como expresión de un dirigismo centralizado y rígido, sino como una tarea generada por quienes no quieren limitarse a registrar la historia, sino a participar de la construcción de la misma (Carrillo, 1974).

Desde la óptica de la planificación estratégica situacional (PES) se asume la planificación como un proceso de reflexión orientado y dirigido a la acción, es decir que se convierte en un recurso orientado a ganar grados de libertad (Rovere, 1993). En tanto para planificar se requiere una constante adaptación de su contenido y de los planes a las exigencias del entorno, el proceso es continuo.

Para la mirada tradicional de la planificación se trata pues de un proceso formalizado de toma de decisiones que elabora una representación deseada del estado futuro de la empresa u organización –en este caso el sistema de salud– y especifica las modalidades de puesta en práctica de esta voluntad, cuya finalidad es facilitar la consecución de los objetivos hacia los cuales va a confluir el esfuerzo del resto de las funciones administrativas. Esta definición, si bien considera el entorno y la necesidad de constante adaptación, se corresponde con la tendencia funcionalista que fija una imagen objetiva como punto de partida del proceso de planificación.

Testa cuestiona la planificación tradicional por plantearse esa imagen objetiva ya que sostiene que de lo que se trata es de desencadenar procesos, es decir, de fijar puntos de partida más que de llegada. El autor entiende que este concepto aporta un complemento al anterior, antes que aparecer como contrapuesto (Testa, 1995). En efecto, desencadenar un proceso, con la riqueza que ello implica, se origina siempre en la búsqueda de mejorar una realidad que no conforma a los actores que la viven.

La planificación normativa tradicional refuerza la idea de imaginarios límites entre lo “técnico” y lo “político” genera actitudes pasivas y endosantes al transferir responsabilidades siempre al nivel superior, conducta organizacional muy típica del ámbito público, aunque no exclusiva. La PES en cambio, no puede ser concebida de otra manera que como una tarea de construcción colectiva, en la que los distintos actores vinculados con esta realidad aportan visiones que

“La planificación es una forma de organización para la acción” (Onocko Campos, 2007). Adolfo Chorny resalta que el propósito esencial de la planificación en salud es “contribuir a mejorar, tanto cuanto sea posible, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de salud de la población en su conjunto” y plantea que “planificar consiste, básicamente, en decidir con anterioridad qué hacer para mudar condiciones insatisfactorias en el presente, o evitar que condiciones actualmente consideradas como adecuadas se deterioren en el futuro” (Chorny, 1998). En este sentido, y en particular en América Latina, la planificación en salud reconoce al menos tres momentos, en cada uno de los cuales el modelo predominante muestra perfiles distintivos. Así, a partir de la década de 1960 y hasta mediados de la década de 1970 puede reconocerse la planificación tradicional o normativa, a partir de allí el auge de la planificación estratégica situacional y desde la década de 1990, el intento de dar cuenta de la complejidad en el ámbito de la planificación en salud.

Desde una mirada normativa tradicional, planificación es un conjunto de **esfuerzos** que se realizan a fin de **cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos** que se enmarcan dentro de un **plan**. Este proceso exige **respetar una serie de pasos** que se fijan en un primer momento, para lo cual aquellos que elaboran una planificación emplean diferentes herramientas y expresiones. Así entendida, la planificación es una función de dirección de tipo secuencial donde el sujeto planificador es independiente del objeto planificado y supone una relación mecánica entre causa y efecto, y entre intervenciones y resultados. Esta perspectiva supone que quien planifica detenta el poder y por lo tanto no se requiere de la participación de los demás para establecer el plan a seguir.

Sin embargo, caben otras miradas para encarar el tema. Para ir introduciendo la idea de otra forma de planificar, es interesante mencionar, rescatando nuevamente al padre del hospital público, lo mencionado en *Teoría del hospital* por Carrillo, quien desarrolló su obra como sanitarista en el apogeo de la planificación normativa, pero sin embargo afirmaba:

enriquecen el diagnóstico, optimizan las posibles soluciones alternativas a los problemas detectados y se comprometen con el trayecto que se emprende (Matus, 2014) (Tabla 24). En síntesis, la idea del pensamiento estratégico situacional aparece como expresión de un cambio de significado superador que procura integrar la formulación científica con la intervención política (Rovere, 2000).

Tabla 24. EPISTEMOLOGÍA DE LA PLANIFICACIÓN

Planificación normativa	Planificación estratégica situacional
Sujeto planificador y objeto planificado independientes. El primero puede controlar al segundo.	Sujeto que planifica está comprendido en el objeto planificado, y en este hay otros sujetos que planifican. Diversos grados de gobernabilidad del sistema para los distintos actores.
Diagnóstico guiado por la verdad objetiva, única y absoluta.	Varias explicaciones de la realidad condicionadas por la particular inserción de cada actor en esa realidad.
Leyes de funcionamiento. Toda la realidad social es explicable por modelos analíticos basados en relación causa-efecto.	Juicio estratégico. La acción humana no se reduce a comportamientos predecibles. Las relaciones iniciativa-respuesta se entrelazan con las relaciones causa-efecto.
Cálculo normativo del “debe ser”. No hay oponentes. Contexto del plan armonía y concertación central desde el Estado. El Estado planifica el comportamiento predecible de agentes económicos.	Diseño del “puede ser” y la voluntad de ser”. Contexto del plan como pasaje continuo entre conflicto, concertación y consenso. Las fuerzas sociales y los actores sociales son el centro del plan.
Normativa económico-social cierta, desbordada la incertidumbre y lo político como marco restrictivo externo al plan económico-social, los problemas son bien estructurados.	Fuerte incertidumbre mal definida. Obligados a tratar “problemas cuasi-estructurados”.
El plan es producto de una capacidad exclusiva del Estado. Final cerrado. La racionalidad técnica debe imponerse para encontrar una solución óptima.	Cualquier fuerza social lucha por objetivos propios y es capaz de hacer un cálculo que precede a la acción. Cumplir un plan exige derrotar el plan de otros o ganar oponentes para el propio plan.

Fuente: Elaboración propia basada en Matus (2014: 66-71).

Cuando se plantea la participación como un rasgo sustantivo, lo referimos tanto respecto del interno de la organización como tam-

bién en referencia a los “principales”²¹ de la misma, esto es los propios usuarios, en fin, la comunidad. Si, al decir de Fernando Flores, las organizaciones de salud son “redes de comunicaciones” y estas resultan de alta calidad cuando lo que se dice es lo que se hace. Esto es posible cuando las narraciones que surgen de esas redes son producto de una creciente participación de los trabajadores de salud, tanto cuantitativamente –más integrantes del equipo de salud participando– como cualitativamente –aportes enriquecedores desde distintas perspectivas–. Las puertas abiertas a la participación popular también construyen identidad y sentido de pertenencia (Flores, 1997).

Ambos tipos de participación devienen en esenciales a los que Carlos Matus se refiere al abordar la idea de “triángulo de gobierno”. Ese triángulo está integrado por el proyecto de gobierno (propuesta de objetivos y medios), la capacidad de gobierno (“experticia” para conducir) y la gobernabilidad del sistema político (balance entre variables controlables o no por el conductor). Justamente, sin participación de los actores difícilmente se llegue a un consenso en torno a las acciones de gobierno (proyecto), motivo por el cual de eso depende el lograr la gobernabilidad suficiente para poder sostener un proyecto. El primer principio de la planificación moderna, dirá Matus, es éste: “Nadie tiene el monopolio del cálculo sistemático sobre el futuro. Todos podemos planificar y todos hacemos algún análisis sobre el mañana antes de tomar hoy una decisión. Yo planifico y tú planificas” (Matus, 2014: 53).

Al diseccionar en forma caprichosa el término planificación en **plan** y **acción**, pareciera que plan alude al futuro, a imagen horizonte, y acción, al tiempo presente. Para nosotros resulta claro que no puede vivirse el presente solamente soñando con un futuro mejor

21 “Principal”: para la economía del costo de transacción, que forma parte de la tradición de investigación de la nueva economía institucional, que critica a su vez la microeconomía neoclásica por su poco realismo, existe “relación de agencia” cuando una persona o un grupo denominada/o “principal” delega en otra denominada “agente” un determinado poder de decisión. La relación médico-paciente y algo más amplio, la relación organización de salud-comunidad asistida, reproducen esa relación de agencia donde el protagonista central, el “principal”, delega en la otra parte al menos una fracción de su poder de decisión.

(solo plan). Pero al mismo tiempo, las acciones que desarrollamos hoy encuentran motivación en esa imagen objetivo que nos convoca y que no es otra que la **justicia social** que sintetiza la grandeza de la nación y la felicidad del pueblo. Por esa razón la mirada de planificación colectiva que proponemos:

- Apuesta a la **construcción participativa de un proyecto**, que al definir una razón de ser como sistema de salud, que no es otra que contribuir a luchar por conquistar grados crecientes de justicia social, resulte convocante para los trabajadores de salud y la comunidad en su conjunto.
- **Rescata la idea de tener un plan** recuperando el capital simbólico que para Neuquén implicó el “Plan de Salud”, pero al mismo tiempo propone concentrarse en accionar desde el territorio, propiciando alianzas de todos los actores en favor del colectivo. Es decir que tener un plan no implica limitarse a soñar con un futuro mejor, sino que entraña la idea de compromiso con la construcción de un sistema de salud fuerte, lo cual lleva necesariamente a la acción, es decir a vivir intensamente cada presente.
- **También persigue el objetivo de construir identidad y pertenencia** con el sistema de salud del que los trabajadores somos el principal sostén y sobre todo con la comunidad, ya que sin ese vínculo que debe fortalecerse permanentemente la organización pierde sentido.

Pese a lo expuesto, corriendo el riesgo de asumir una postura funcionalista que priorice fijar una imagen objetivo antes que asumir el hacer en salud como un trayecto donde solo se conoce el inicio a partir del cual se empieza un recorrido compartido, rescatamos la idea de plan de salud.

Lo hacemos, como ya mencionamos, porque para Neuquén esto tiene una connotación simbólica muy fuerte y porque entendemos que el recuperar ese capital podría ser parte de las estrategias de fortalecimiento del propio sistema de salud.

Rescatamos también la noción de planificar, coincidiendo una vez más con Mario Testa en aquello de que “no se puede no planificar, pero planificando no se consiguen resolver los problemas”. Es decir, si bien la planificación por sí misma ni ayuda a predecir el futuro, ni mucho menos resuelve los problemas del presente, sí aporta una matriz compartida para emprender una trayectoria común. No debe constituirse en quimera en cuanto fantasía de éxito asegurado, pero sí, articulando técnicas cuali y cuantitativas, emplearse como una herramienta eficaz de gestión y gobierno.

Etapas de la planificación-decisión en Neuquén

Planificación normativa o de los modelos homogéneos (1970-finales de los 80)

Como ya fue mencionado, hasta la década de 1970 Neuquén era una provincia con malos indicadores de salud, o lo que es más grave, con una población con niveles de salud muy precarios.

En el contexto de las sugerencias de planificación del modelo OPS-Cendes típicas de la etapa desarrollista y el marco teórico aportado por el estructural-funcionalismo, en Neuquén se instaló un modelo de planificación tradicional, normativa y centralizada.

Spinelli (2016: 152) destaca que “la planificación se nutre de la matriz epistemológica de la modernidad, que entiende que la naturaleza puede ser controlada [...] Entonces la razón ya no solo va a explicar la realidad, sino que pasa a ser la única forma de producir verdades”. Asume al Estado como un lugar de concentración de poder y un ámbito de racionalidad con coherencia interna y capacidad de manejo de la totalidad de su gestión. Siguiendo ese orden de ideas, plantea Spinelli que persiguiendo el objetivo del desarrollo económico se abusó de la planificación como técnica, y se cometió el error de reducir lo social a un enfoque administrativo de los problemas, entendiéndolo como administración de las cosas y subestimando el gobierno de las personas (Spinelli, 2016).

Sin embargo, en el contexto histórico sanitario del Neuquén de la década de 1970, esta alternativa de planificación (decisión), además de responder a la tendencia de la época, resultó efectiva para mejorar la situación sanitaria provincial. Esto fue así porque se conjugaban los factores que caracterizan a la planificación normativa como instrumento de gobierno, y que Testa explica así:

Para caracterizar mejor lo que hemos denominado herramientas de gobierno, digamos que la planificación normativa es un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistentes entre sí que se refieren a un momento futuro, que las metas cuantificadas y ubicadas temporal y espacialmente no son confrontadas con ninguna opinión (de peso) en su contra, que el plan en su conjunto no tiene oponentes y, que el planificador es un técnico al servicio del político, que trabaja en una oficina de planificación que forma parte del gobierno, para la cual el objeto de la planificación es el sistema económico social (Testa, 2014).

La reformulación del sistema de salud neuquino, que se concretó a partir de la designación en 1970 del Dr. Néstor Perrone como Director General de Salud (un año después se jerarizaría salud y el Dr. Perrone sería el primer Subsecretario de Salud de la provincia) y de la Dra. Elsa Moreno como responsable de la Dirección Materno-Infantil, no estuvo exenta de conflictos.

El modelo de organización sanitaria centrada en el hospital público con régimen de dedicación exclusiva para los médicos colisionaba con el tradicional hasta ese momento y los intereses de la corporación médica. Perren y Casullo describen como esa pugna se transformó en un conflicto abierto hacia 1972, que se saldó rápidamente con la intervención del entonces gobernador Felipe Sapag para habilitar a los cuadros técnicos con amplias facultades de diseño y dirección de las nuevas políticas sanitarias y así dar continuidad al “plan de salud” (Mases et al., 2015). Al respecto, el Dr. Horacio Lores comenta:

Resistencia inicial al Plan de Salud

En 1970, año en que se puso en marcha el plan, gobernaba el país un presidente militar de facto (Onganía). El área salud estaba a cargo de un integrante retirado de la Armada argentina, Francisco Manrique como ministro de Bienestar Social de la Nación.

Desde la OPS y la Escuela de Salud Pública de la UBA se difundían los nuevos conceptos en materia de atención de la salud -hospitales "abiertos", atención universal sin distinción de coberturas, dedicación exclusiva de un alto porcentaje de profesionales, horarios prolongados de atención, niveles de complejidad y de atención, etc.

En dicho año se sancionó la Ley N° 18.610 de Obras Sociales que otorgaba las mismas a los sindicatos por rama profesional, como una concesión del gobierno para obtener respaldo para su debilitado poder.

Se pusieron en marcha en casi todas las ciudades del país los hospitales ADOS que tenían planteles con profesionales de dedicación exclusiva casi en su totalidad. Algunas obras sociales comenzaban a desarrollar infraestructura propia.

El sector privado consideraba que estas nuevas modalidades de atención ponían en riesgo el ejercicio liberal tradicional de la profesión (se temía que los médicos perdieran su "independencia laboral" y se convirtieran en empleados del sector público o de las obras sociales).

Esta conjunción de factores generó una fuerte resistencia de los colegios médicos en la provincia, especialmente liderada por las entidades de Neuquén y Zapala, que reunían a la mayor cantidad de profesionales. La resistencia fue muy manifiesta en el Hospital de Neuquén e incluía campañas difamatorias y solicitudes en los diarios de la zona, como una que se publicó a página entera en el

diario *Río Negro* para criticar duramente la puesta en marcha de la Residencia en Medicina General, aduciendo que el hospital no reunía los mínimos requisitos para la docencia y que solo se buscaba formar "mano de obra barata".

Por entonces, el sector público tenía amplia preponderancia de recursos en toda la provincia y en muchos lugares era el único prestador.

No existió resistencia política ni sindical, tal vez porque cuando se puso en marcha el Plan las instituciones estaban muy debilitadas por restricciones propias de los gobiernos de facto. Además los resultados muy positivos del Plan hicieron que, restablecida la actividad política, el Plan ya se consolidaba como un emblema provincial indiscutido.

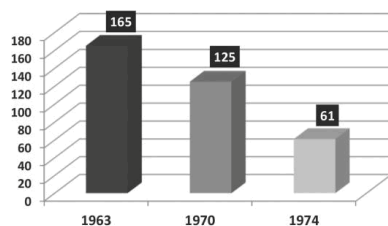
Los acontecimientos posteriores demostraron que el modelo nacional anclado en la Ley N° 18.610 terminó siendo un factor que dio un gran impulso al sector privado por cuanto la gran mayoría de las obras sociales decidió no construir infraestructura propia y, en cambio, contratar como prestador de servicios al sector privado. A partir de entonces éste tuvo un desarrollo muy fuerte y hoy supera en el país con amplitud a los recursos del sector público" (Lores, 2020).

En efecto, en ese escenario, a partir de consolidar una red de establecimientos ordenados por niveles de complejidad creciente, se organizó el sistema utilizando para ello los conceptos de regionalización y zonificación. Aplicando luego normas de atención para afrontar los principales problemas de salud, se lograron importantes resultados sanitarios.

Como etapa fundacional, este modelo, vigente desde 1970 hasta finales de los 80, debe ser rescatado como innovador y de gran impacto positivo en salud. Como fue mencionado antes, la decisión política de colocar a la salud en el centro de la escena y aprovechar lo que en ese momento estaba disponible como mejor opción técnica generó una mejora en la salud colectiva. Sin participación comunitaria, pero con

clara idea del conjunto provincial, se diseñó y se ordenó un sistema de salud que en poco tiempo demostró efectividad.

FIGURA 19. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN NEUQUÉN (1963, 1970 Y 1974), EXPRESADA EN MUERTES DE MENORES DE 1 AÑO POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Elaboración propia basada en datos disponibles en la Subsecretaría de Salud, Provincia de Neuquén.

Sirve como ejemplo la drástica reducción de la mortalidad infantil. Dicha tasa era del 165 por 1.000 en 1963, del 125 por 1.000 en 1970 y del 61 por 1.000 en 1974 (Castillo, 1974) (Figura 19).

Decisiones centralizadas, presión periférica (finales de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990)

Progresivamente el sector salud de Neuquén fue dejando de contar con un modelo planificador identificable, al menos si se consideran los modelos clásicos. Por otra parte, tal como sostiene Testa, una herramienta de gobierno como lo es la planificación normativa puede ser eficaz en determinados contextos históricos y sociales y cuando se cumple el postulado de la coherencia, esto es, la necesaria relación

entre "los propósitos, los métodos para lograrlos y la organización de las instituciones" encargadas de llevarlos a cabo (Testa, 2014). En efecto, ese tipo de planificación había sido exitosa en una etapa de la provincia en la cual había un poder concentrado en torno de un líder carismático que contaba con fuerte consenso en la base social.

Ese contexto era diferente hacia fines de la década de 1980 y decididamente cambian las relaciones de poder en la siguiente década. Por esa razón no resulta sorprendente que se modifique también la forma de planificar (decidir) en salud.

Como ya se mencionó, durante el periodo 1987-1991 (Ministro Gustavo Vaca Narvaja) se registró un intento de cambio en el modelo de planificación y toma de decisiones al conformarse el Consejo Provincial de Salud. Las instancias locales y zonales se desarrollaron en forma incompleta y el modelo, que todavía no estaba consolidado, se interrumpió con el cambio de gobierno, como ocurrió también con los incipientes avances hacia la integración regional, y entre los actores del sistema de salud dentro de la provincia.

Es así como a partir de los 90 se identifica una forma de toma de decisiones que siguen siendo centralizadas, ya que la aprobación o no de la incorporación de recursos y de aplicación de normas de atención depende de ese nivel jerárquico. Pero al responder a la presión periférica, y no siendo ésta de igual intensidad en todos los casos, o resultando cualitativamente distinta, los hospitales de la red pública van adquiriendo nuevos y particulares perfiles. La imagen de uniformidad del modelo anterior se va perdiendo a favor de una progresiva adecuación del hospital a la realidad local, en parte favorecido por la disposición de recursos propios vía recupero financiero (aranceamiento de prestaciones a las obras sociales). El modelo demuestra cierta flexibilidad, pero da por resultado un crecimiento disarmonico de la red.

Las decisiones surgen a partir de considerar únicamente algunos aspectos. No hay una visión de integralidad, no solo porque se considera exclusivamente al subsector público, sino además, porque en general se busca soluciones solamente a partir de focalizar en situaciones problemáticas puntuales. Esa visión escotomizada y cortoplacista de la realidad hospitalaria resuelve problemas, pero en muchos

casos implanta el germen de otros –quizás más graves– aunque de detonación retardada.

Por otra parte, al decidir los caminos emprendidos sin el sustento de un análisis técnico racional, en muchos casos, fruto de la presión de algunos grupos pero sin participación efectiva, se distorsiona la imagen de conjunto a favor de una postura corporativa. En algunos casos incluso, aprovechándose de la asimetría informativa que existe en el ámbito de la salud, esos grupos de presión involucran a la propia comunidad destinataria de los servicios para que sus integrantes aparezcan como los solicitantes o reclamantes –notas con firmas, llamadas a las radios locales, cartas de lectores, etc.–.

En este modelo, además, se dan cambios locales sin acuerdo explícito, a veces hasta sin conocimiento del nivel central, que contribuyen a modificar el perfil del hospital e incluso a desdibujar los límites que identifican los distintos niveles de complejidad. Algunos de esos cambios surgen como resultado de que el hospital cuenta con fondos propios que aplica a diferentes objetivos, con escasa o nula supervisión por parte de un nivel central con función coordinadora y moduladora.

Planificación estratégica con opinión local y coordinación central (2000-2004)

Durante la primera década del siglo XXI, siguiendo sugerencias de un Ministerio de Salud de la Nación que volvía a asumir el rol rector del sector, se intentó introducir el concepto de análisis de situación de salud (ASIS) y otras herramientas de análisis de situación de salud, de disposición y utilización de servicios de salud.

Se buscó recrear un tipo de planificación estratégica y participativa para constituir un proceso de construcción colectiva en busca de reducir la brecha entre teoría y práctica, propiciando espacios de reflexión orientados a la acción para estimular el compromiso de los actores. En este modelo, no solo las metas son el tema sino también la forma de alcanzarlas.

Los análisis integrales de situación de salud consideran todos los subsectores de salud, combinan lógica sanitaria y económica y aplican nuevos indicadores sanitarios.

La excesiva contaminación de lógicas político-partidarias para conformar los equipos de conducción, lejos de aportar a unificar criterios, si es que ese pudiese ser el objetivo, en algunos casos desplaza a integrantes del sistema con experiencia y compromiso y en otros –lo cual es más preocupante aún– da lugar a escenarios de confrontación para dirimir cuestiones ajenas a una política de Estado como es la de la salud.

Con evidente limitación para dimensionar los actuales y potenciales problemas, frecuentemente se cayó en la tentación de minimizar las dificultades, casi apelando a una lógica mágica para su resolución, y se delegó a los equipos zonales y locales el diseño de dispositivos para resolver situaciones extremas, pero sin dotarlos de los recursos necesarios.

La deserción del Estado planificador y conductor del sistema facilitó que el mercado asumiera ese rol. Así creció en forma exponencial el sector privado, con clara lógica de lucro, con el agravante de generar en muchos casos una situación de precarización y explotación laboral. Esa situación se expresa en pluriempleo, inestabilidad laboral y malas condiciones de trabajo que afectan, aunque no con exclusividad, especialmente a los trabajadores no médicos.

Respecto de la población, el devenir de los últimos años enciende otra alerta, la de los evidentes signos de inequidad en salud, que como tales siempre son injustos.

En el otro extremo de la cadena de atención, también el Estado se muestra insuficiente ante las demandas. En efecto, al mismo tiempo que el sector público perdió la vanguardia en la alta complejidad, abandonó el primer nivel de atención. Ese abandono se verifica al evaluar el escaso crecimiento que se registra en número de centros de salud, en particular en las áreas más pobladas, y la insuficiente incorporación de trabajadores de salud capacitados en acompañamiento a las comunidades para enfrentar los nuevos problemas de salud –violencias, adicciones y problemáticas psicosociales de distinto tipo–.

Quizás el ejemplo más palmario de la postura política que caracterizó esta etapa se cristalizó con la designación en 2015 del bioquímico Ricardo Corradi Diez como ministro de Salud provincial. Por primera vez en la historia de este sistema se designaba como autoridad sanitaria máxima a un dirigente de la medicina privada neuquina sin paso previo por el sector público.

Si bien se creó una instancia de gobierno que intentó articular planificación y gestión y lógica sanitaria con la perspectiva económica (Área de Planificación y gestión económico-sanitaria) y se instaló una sala de situación virtual, este tipo superador de planificación no logró consolidarse. La puesta en marcha de los hospitales nuevos en Cutral Có, Centenario, Junín de los Andes y Plottier representó oportunidades para desarrollar este tipo de planificación en el nivel meso (gestión de establecimientos). Empero, solo se logró un esbozo de intento en este sentido, en algunos casos sucumbiendo ante presiones políticas que no pudieron combinarse con los condicionantes técnico-sanitarios. Desde nuestra perspectiva, esta etapa se clausura al dirimirse a favor del mercado, como se expondrá luego, la centralidad de la toma de decisiones en salud.

El mercado planificando (decidiendo) (2005 a 2019)

El sistema de salud neuquino se preocupó poco en formar cuadros de conducción y gestión y desperdició la posibilidad de erigirse en escuela de gestión en salud con reconocimiento nacional y sudamericano. En paralelo, desde 2004 enfrenta un signo de alerta preocupante, cual es la clara intromisión del poder político partidario, que daña la organización en sus cimientos y pone en riesgo su continuidad como tal.

Hace ya varios años que quienes conducen este sistema de salud manejan solo una parte del mismo. Está claro que la economía del sector depende de otros espacios de decisión, con lo cual las conducciones de salud ven sesgada su posibilidad de vertebrar estrategias integrales, especialmente las que importan innovación de distinto tipo. Pero recientemente se ha evidenciado un incremento en la avidez por tener el control absoluto de un sector que debiera ser custodio de una política de Estado sustantiva, se generaron acciones que de no corregirse perpetrarán un deterioro terminal.

El nivel central de la organización sanitaria, que otrora era una usina técnica de alta calidad, creció en número de integrantes pero se muestra despoblado de cuadros técnicos de fuste, lo que demuestra incapacidad para generar nueva referencias, al menos en la cantidad que un sistema de la trayectoria del neuquino demanda.

Plan provincial de salud. ¿Nuevo intento de planificación estratégica o discurso gatopardista?²² (a partir de 2019)

Después de varios años de no contar al menos con un documento oficial que marcara el rumbo que persigue el sistema de salud neuquino, y quince años después del informe Nirenberg-Moreno-Perrone, la ministra de Salud Andrea Peve propuso un “Plan provincial de salud 2019-2023” (PPS). Se presentó como aporte al plan quinquenal que la fuerza política gobernante plantea para la provincia.

En su presentación sostiene que se ha afianzado una red escalonada, completando niveles de complejidad y tecnología que permiten constituir al sistema de salud neuquino en una referencia interprovincial. Asume en el texto que prologa el plan provincial que, garantizados los niveles de atención en la complejidad, el horizonte debe ser volver a enfatizar la importancia del primer nivel de atención, fortaleciendo la promoción de la salud.

Desde la perspectiva de la salud colectiva y los determinantes sociales de la salud, el sistema provincial se enfrenta a nuevas complejidades que son evidentes en los cambios demográficos de las últimas décadas, los cuales dan cuenta de transformaciones en la estructura, la dinámica y composición de la población sobre un fondo de problemáticas territoriales igual de complejo. Probablemente el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud es repensar las acciones que fueron exitosas en el pasado para una realidad social compleja que exige por su propia dinámica más variables en las respuestas (Ministerio de Salud Neuquén, 2019).

Se propone un documento que destaca la necesidad de humanizar las prácticas y los espacios para la salud, y define los enfoques, princi-

²² Gatopardismo: “Hubo un concepto que alguna vez fue célebre en política: gatopardismo. Simplificando –aunque no mucho– quería decir ‘cambiar algo para que nada cambie’. De este modo, el político gatopardista era un astuto maestro de ajedrez que sabía, siempre, qué pieza entregar para no perder la partida [...] Era la lucidez que tenía una clase social para mantener, conservar sus valores dentro de los cambios revolucionarios” (Feinmann, José Pablo, “La muerte del gatopardismo”, *Página 12*, 03 de julio de 1999).

píos inspiradores, ejes temáticos, objetivos específicos y lineamientos del Plan Provincial de Salud 2019-2023. El texto resalta los principales rasgos de un sistema de salud que pretende ser garante de equidad en favor del acceso universal al derecho a la salud.

El Plan Provincial de Salud 2019-2023 se vertebra en derredor de ocho ejes estratégicos organizados en dos grandes grupos. Cada eje contempla objetivos propios que orientan lineamientos de trabajo a corto y mediano plazo, y proyectos estratégicos priorizados que se enuncian en un documento anexo.

El primer grupo de ejes estratégicos centra su interés en la **comunidad y las personas** y aborda emergentes socio-sanitarios que están en directa relación con los cambios sociales, económicos, urbanos o ambientales. Esos ejes son: 1) Bienestar integral y salud territorial: mejorar niveles de promoción poniendo énfasis en la alimentación saludable, el bienestar mental y la salud ambiental; 2) Maternidad e infancia: con objetivos planteados para reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, promover maternidades seguras y centradas en la familia; 3) Salud sexual y reproductiva: centrada en un enfoque de sexualidad saludable y segura, que incluye temas hasta ahora controversiales y que no aparecían en la agenda pública oficial como la interrupción legal del embarazo (ILE), la diversidad y construcción de identidad de género; 4) Adultos y calidad de vida relacionada con la salud: con objetivos vinculados con la detección temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles y la promoción de un envejecimiento saludable.

El segundo bloque de ejes estratégicos dirige su mirada hacia la **red del sistema de salud**. Los otros tres ejes del plan son: 5) Primer nivel de atención: se propone aumentar la capacidad resolutoria, lo cual requiere sumar otros modos de cuidar la salud entre los que menciona el brindar atención domiciliaria interdisciplinaria, sistematizada, continua, progresiva e integral y facilitar la relación del sistema de salud con el entorno familiar y social de las personas; 6) Red de mediana y alta complejidad: se plantea actualizar y fortalecer el enfoque territorial del sistema de salud y mejorar su capacidad de respuesta y articulación; 7) Talento humano de la red de salud: busca desarrollar en los diversos niveles de atención un proceso continuo

de captación, incorporación, permanencia, motivación y capacitación del personal en general, promoviendo la formación y el desarrollo de las competencias requeridas; 8) Tecnología en salud: centra su preocupación en el incremento de los niveles y la calidad de los recursos para la salud, tanto en términos de infraestructura física como tecnológica.

FIGURA 20. PLAN PROVINCIAL DE SALUD 2019-2023



Fuente: Ministerio de Salud de Neuquén.

Plan provincial de salud 2019-2023.

Mirada del plan desde la perspectiva de un trabajador profesional, con dedicación exclusiva al sistema público

Juan Carlos Suárez es médico, tiene 21 años de antigüedad en Salud Pública, es militante del sindicato de profesionales de la salud en Neuquén y jefe de un centro de salud en Neuquén capital. Asume que la columna vertebral paradigmática del Sistema Público de Salud Neuquino que lo colocó en un lugar de reconocimiento nacional e internacional, verificable en sus conquistas estadísticas, está constituida por la gratuidad, la universalidad, la calidad, la capacitación y la dedicación exclusiva de sus profesionales hasta los confines de la provincia.

Suárez sostiene que no se puede analizar el PPS despegado del Convenio Colectivo de Salud aprobado en 2018 (Ley Provincial N° 3118) y de la adhesión de la provincia a la estrategia de la cobertura universal de salud (CUS).

Respecto del prólogo del documento, destaca que la ministra de Salud plantea que "el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud es repensar las acciones que fueron exitosas en el pasado para una realidad social compleja". Por eso resulta llamativo y alarmante, afirma, que en las 144 páginas del PPS no se menciona el modo de contratación "dedicación exclusiva".

Agrega Suárez que la ministra apunta "el plan construido y delineado en los dos últimos años", dejando traslucir la controvertida carga ideológica y los conflictos de interés provenientes del empresario Corradi Diez, que ejerció como ministro de Salud en esa época, habiendo sido hasta antes de ser nombrado en el cargo un importante dirigente de la medicina privada de la provincia. Y continúa, "construido y delineado [...] en un proceso de ida y vuelta con las diferentes áreas, programas, actores y equipos del sistema de salud valorizando y afianzando la identidad del sistema [...] vinculado a

los territorios [...] humanizando las prácticas y los espacios", para contradecirse en las próximas páginas, bajo el título de "Contexto institucional", sosteniendo que esto se lograría "a partir de una serie de ejes estratégicos abordando temáticas de salud multicauales para estructurar una propuesta estratégica integral tomando como marco general los Objetivos de Desarrollo Sostenible impulsados por la ONU".

En su análisis, Suárez continúa diciendo que bajo el título de "Enfoque Global", y luego de describir como un real desafío y oportunidad la continuidad de las altas esperanzas de vida y baja tasa de mortalidad infantil, expresa que "el Ministerio de Salud tiene como misión ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud de la provincia [...] surguyendo la contradicción con las visibles consecuencias del encorsetamiento al que está siendo sometida Salud por los sindicatos signatarios del convenio colectivo de trabajo y el Ministerio de Hacienda, lo que se traduce en la parálisis de los ingresos por concurso, la desjerarquización de la dedicación exclusiva, el incentivo laboral, el aliento a la actividad extraordinaria por sobre la ordinaria, la pérdida de derechos y condiciones laborales, la falta de medicamentos, etc.

Continúa Juan Carlos Suárez apuntando que en la descripción del eje estratégico 5 referido al primer nivel de atención y dentro del objetivo "Consolidar y Fortalecer el Rol de los Centros de Salud" la ministra sostiene que "en los últimos 20 años, la oferta de atención extra-hospitalaria (casi peyorativamente) no supera el 40% y que se pretende 'readecuar' una oferta que aumente y sea sostenible y sustentable en el tiempo" olvidando mencionar que, si la atención por guardia es de alrededor de 45-50%, querría decir que la atención ambulatoria de los hospitales solo es entre el 10 y 15% llevando a la conclusión de que la mejor readecuación que necesita el Sistema Público de Salud del Neuquén es "valorizar y afianzar la identidad" jerarquizando el régimen laboral de dedicación exclusiva, alentando la interdisciplinariedad, la capacitación, el arraigo y evitando el pluriempleo y los conflictos de interés. Para ello Suárez reitera la necesidad de volver al ingreso por concurso con el consiguiente im-

pacto en el derecho a la movilidad, propiciar la producción pública de medicamentos, eliminar el inconstitucional y deletéreo incentivo para hacer guardias y en cambio estimular la tarea ordinaria en el marco de políticas explícitas de cuidado de los trabajadores de salud.

El gobernador Omar Gutiérrez, ante múltiples dudas de este tipo planteadas en la jornada de Discusión del PPS el 4 de diciembre de 2019 en el Espacio DUAM, dijo que este plan "no está cerrado y está en construcción", ojalá, refiere Suárez, que esa expresión redunde en algo positivo.

El Plan Provincial de Salud 2019-2023, conceptualmente alineado con la perspectiva de la Salud Colectiva, resulta ambicioso en sus propuestas y como se menciona en el texto, sirve de guía orientativa para las acciones a propiciar desde la conducción central del sistema.

Sin embargo, el propio texto evidencia ausencias notables: pese a que expresa que el plan fue construido y delineado con la participación de diferentes áreas, programas y actores del sistema de salud, vale consignar que los temas incluidos y priorizados que se conciben como guías orientativas fueron decididos en el nivel central del sector público, sin intervención de los actores de terreno. Quizás eso explica la ausencia de temas que aparecen como desafíos del campo (véase el próximo apartado).

Este plan, que aparece como un avance respecto de las actitudes de las conducciones previas, sin embargo, no considera al resto del sistema de salud neuquino, lo que desdibuja el rol rector del ministerio como regulador del conjunto.

Aunque en el enunciado de introducción resalta que "el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén tiene autoridad rectora de las políticas de salud, de los estándares de calidad y garante del derecho a la salud [...]", los ejes estratégicos propuestos no incluyen como misión ejercer rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud de la provincia de Neuquén. La provincia cuenta

con un proyecto para construir un hospital de alta complejidad que se propone como referencia no solo para Neuquén, sino para la Norpatagonia. Sin embargo, el plan no explicita qué iniciativas concretas estarán destinadas a garantizar el acceso universal, habida cuenta de la concentración de medios, especialmente en la alta complejidad a manos del sector privado.

Tanto la participación efectiva de los actores del sistema como de la sociedad en su conjunto, el ejercicio de la función rectora por parte del ministerio y la falta de articulación real con la política general del gobierno aparecen como las principales asignaturas pendientes. Su resolución dependerá de cómo se resuelvan las disputas y tensiones propias del campo, y de la importancia que el propio gobierno le asigne a salud en la agenda política.

- ¿Contará el Ministerio de Salud provincial con el aval político suficiente para recuperar el rol rector del sistema que perdió al mediar la primera década de este siglo?
- ¿Qué dispositivos concretos se pondrán en marcha para aprovechar el peso específico que juntos, sector público y obra social provincial, tienen en Neuquén?
- ¿Alcanzará el enunciado de un nuevo plan de salud para alinear intereses en torno de la salud colectiva, atraer trabajadores de salud hoy difíciles de reclutar y retener a aquellos formados localmente?
- ¿Será posible instrumentar mecanismos formales de participación social en el proceso de diseño y monitoreo de políticas de salud en el marco de un ejercicio de gobierno y una comunidad históricamente alejados de ese tipo de prácticas?
- ¿Podrá el sistema público volver a ser vanguardia en la alta complejidad o tener capacidad para regular la incorporación racional de tecnología en pos de garantizar una integración razonable con el capital privado para asegurar el acceso universal?
- ¿Cómo compatibilizará el fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de incentivos a favor de la atención por guardia de urgencias?

- ¿Tendrá lugar en la agenda sanitaria provincial la evaluación de tecnología sanitaria para decidir inclusiones y exclusiones?
- De acuerdo con este plan, ¿se considerará la dedicación exclusiva como pilar del sistema o como régimen laboral en extinción?
- ¿Dedicará el sistema de salud neuquino tiempo y recursos para incorporar a la economía de la salud como una de las disciplinas que podrían contribuir a analizar la realidad y realizar aportaciones sustantivas?

Estos y otros interrogantes surgen en una instancia que aparece como el intento de abrir un nuevo capítulo en la historia del sistema de salud neuquino. Tiempo al tiempo... esta etapa recién se inicia.

La Figura 21 resume las etapas de planificación analizadas en este apartado.

FIGURA 21. ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA PLANIFICACIÓN (DECISIÓN) EN SALUD EN NEUQUÉN DESDE 1970 HASTA LA ACTUALIDAD



Fuente: Elaboración propia.

Principales desafíos del sistema de salud neuquino

Una de las maneras mediante las cuales es posible identificar los desafíos a enfrentar es pasar revista a las debilidades del sistema de salud neuquino en la actualidad.

Argentina es un país en el cual la salud no es una función delegada de las provincias a la nación y cada jurisdicción puede vertebrar su propio sistema de salud. Esa situación les otorga a las provincias cierta autonomía para decidir en salud, pero al mismo tiempo, en todas conviven actores con alcance nacional, como las obras sociales sindicales –por ejemplo, OSECAC– o nacionales, con el PAMI como ejemplo más claro. Por esa razón, las principales debilidades del sistema de salud argentino, que surgen de la fragmentación y la segmentación, también están presentes en Neuquén.

Agrupamos algunos de los rasgos que desde nuestro punto de vista debieran ser objeto de atención para mejorar el sistema provincial de salud. Al exponer así las debilidades del sistema de salud, al mismo tiempo esbozamos las líneas de acción de superación.

Debilidades del sistema de salud de Neuquén

- **Neuquén carece de una ley provincial básica de salud** que establezca con claridad conceptual qué jerarquía le da la comunidad neuquina a la salud, para luego asegurar mediante ese marco legal la continuidad de un sistema sanitario garante del derecho a la salud, otorgando al Estado un rol protagónico, tanto en el diseño como en la regulación, coordinación y ejecución. Tener un plan provincial de salud, si además se revisa participativa y dinámicamente, contribuye a resolver esa debilidad pero la iniciativa corre el riesgo de restringirse a un periodo determinado de gestión ministerial.
- **Falta de integración de las políticas sociales** para abordar problemáticas transversales y escasa articulación intersectorial en la conducción y a nivel de los estamentos operativos del sistema. Propender a la integración efectiva de la red pública con la obra social provincial podría ser un primer paso para empezar a superar la fragmentación y al mismo tiempo poner de relieve la potencialidad de la red sanitaria neuquina que ha perdurado a lo largo de los años.

- **Actualmente, algunas problemáticas que hacen al proceso salud-enfermedad-cuidado dependen de otras áreas de gobierno.** El actual Ministerio de Ciudadanía ha incorporado como áreas de su competencia discapacidad, diversidad y adicciones. Por sí mismo no se plantea como un problema en tanto se logre trabajar intersectorialmente con este y otros ministerios, pero también con otras organizaciones comunitarias. En algunos casos se requieren acuerdos provinciales, y en otros, estimular esa integración en el nivel local.
- **Escaso aprovechamiento de la capacidad instalada para diagnóstico epidemiológico** y deficiente difusión de las prioridades detectadas y uso de información para toma de decisiones. Debe apuntarse como debilidad el exiguo uso de la información sanitaria en los niveles zonales y locales, aun antes de esperar su procesamiento y devolución por el nivel central. El desarrollo de los sistemas informáticos de gestión puestos al servicio del seguimiento y monitoreo de metas surgidas de propuestas de base comunitaria utilizando indicadores trazadores seguramente representará un salto cualitativo para el sistema de salud.
- **Débil ejercicio del rol de rectoría del Ministerio de Salud.** Asumir en plenitud ese rol facilitará el reordenamiento de la red de acuerdo con las necesidades actuales, a través de modular también el desarrollo de los distintos subsectores, actualizar el perfil de los establecimientos desde la baja hasta la alta complejidad y ordenar el sistema de traslados utilizando recursos modernos.
- **Endebles políticas de recursos humanos en salud.** El principal capital del sistema de salud son sus trabajadores, por lo que un sistema que pretende seguir creciendo debe tener una política integral destinada a apoyar la formación en el pregrado de las distintas disciplinas y articulada con las universidades, para generar luego instancias que mejoren el reclutamiento y la retención de trabajadores. También asegurar climas de trabajo y con estimulantes regímenes de trabajo que fortalezcan la pertenencia con el sistema y garanticen estabilidad y desarrollo de las personas, y proteger la salud de sus integrantes velando por sostener espacios

de trabajo seguros, para trabajadores y usuarios. El pluriempleo debilita los sistemas de salud y atenta contra la salud de los trabajadores. La dedicación exclusiva con alcance a todas las disciplinas del equipo de salud aparece como una alternativa para alcanzar los objetivos mencionados.

- **Ausencia de integración regional de los sistemas de salud.** La articulación con las provincias vecinas, fundamentalmente Río Negro, permitiría mejorar en aspectos tales como la provisión de insumos y medicamentos, el abordaje de problemas sanitarios comunes, y la concreción de un hospital de alta complejidad regional. La conducción de un proceso de integración con ese perfil requiere de cuadros capacitados, elegidos por sus méritos y no por su filiación político-partidaria.
- **Prima una visión "hospitalocéntrica" de la atención de la salud.** El primer nivel de atención cuenta con infraestructura inadecuada y la oferta horaria en centros de salud y de turnos para la atención ambulatoria es insuficiente. Esa debilidad da lugar a un progresivo aumento de la atención por guardia que distorsiona el proceso de atención y cuidado de la salud. Esta desatención del primer nivel imposibilita el abordaje comunitario de las nuevas modalidades de atención –cuidados paliativos; atención de personas mayores; abordajes de la salud mental, de la diversidad sexual y el acompañamiento de las interrupciones del embarazo–. El uso de los recursos de telemedicina para facilitar el acceso al sistema de salud es incipiente y debe desarrollarse para continuar mejorando la dación de turnos, la asistencia a distancia, las interconsultas de pacientes y hasta la emisión de recetas digitales.
- **La atención de la salud no es contemplada de forma integral.** Por citar unos pocos ejemplos mencionamos la ausencia de un abordaje integral de la salud bucal que incorpore prácticas disponibles solo para algunos ciudadanos como endodoncia y ortodoncia, la contención y atención calificada a personas mayores sin contención familiar, el abordaje de problemáticas psicosociales –adicciones, patología dual, violencias– y los relacionados a salud sexual y reproductiva –aborto, fertilización asistida, diver-

sidad, etc. –. La salud pública también debería contemplar seguir mejorando las acciones de promoción y prevención de la salud, en especial la prevención secundaria en la detección precoz del cáncer –especialmente en los que generan mayor carga de enfermedad–, los trastornos nutricionales y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

La planificación (decisión) deseable en salud

El desafío para los tiempos que vienen es en consecuencia desarrollar un modelo de planificación identificable a partir de una clara definición conceptual del proceso salud-enfermedad-cuidado. Rescatar la idea de un "plan de salud" podría implicar para Neuquén recuperar parte del "capital simbólico" perdido o que se fue diluyendo a lo largo de los años, pero que podría contribuir a fortalecerlo a partir de construir identidad y pertenencia.

Contar con un nuevo "plan de salud" se alinearía con un sendero de crecimiento si al tiempo que marca reglas de juego clara para los actores locales resulta funcional en forma dinámica para dar cuenta de las demandas actuales y de las que vendrán. Desde este punto de vista, sostenemos que deberá combinar tres aspectos:

- **Análisis integral de salud local con gestión efectiva,** para lo cual se requiere desarrollar capacidad local instalada de aplicación permanente, gestión de servicios de salud con base epidemiológica, aptitud gerencial y actitud conductora democrática.
- **Decidida tendencia hacia la integración de los subsistemas,** empezando por la conjunción del sector público con la obra social provincial.
- **Coordinación central que asegure la vinculación** con el nivel nacional, el monitoreo y la evaluación de la situación de salud, la formulación de políticas sanitarias, la modulación y la regulación del crecimiento de la red asesorando a los distintos actores –públicos y privados– y asumiendo la gestión integral de los recursos humanos.

Si el nuevo "plan de salud" cumple la función de calmar las aguas apelando a un discurso conceptualmente sin fisuras respecto del enfoque de la salud colectiva, pero sin movilidad efectiva hacia la resolución de los desafíos actuales, se correrá el riesgo de que devenga en un factor más de desmotivación del conjunto.

CERRANDO PARA SEGUIR DEJANDO ABIERTA LA HISTORIA

236 Cerrando para seguir dejando abierta la historia

Más que de enfermedades, en muchos casos se trata de problemas sociales, por lo que apostar solamente a la medicina como vehículo para superarlas deviene en un reduccionismo estéril. La nueva epidemiología demanda del campo sanitario acciones específicas, pero obliga al mismo tiempo a un abordaje integral en el marco de un modelo de país que propenda a la igualdad y la justicia social.

En ese sentido, este documento resulta una aproximación al tema, que intenta sintetizar los principales aspectos a considerar para comprender la complejidad de la organización sanitaria nacional y provincial.

En el campo de la salud, no hay modelos de gestión puros, registrándose una tensión de intereses entre los actores intervinientes. Muchas veces esa puja de intereses impide dar respuestas concretas a la demanda de salud de las poblaciones y genera gran insatisfacción en la sociedad. Así, la limitación de los sistemas para impactar en forma positiva en los niveles de salud, la inequidad en el acceso a los dispositivos de atención y los costos crecientes de los distintos formatos, aunque con variantes en todo el mundo, son algunas de las razones del intenso proceso de reforma que se inició al finalizar el siglo xx y que se sigue desarrollando en distintos puntos del planeta. En el caso argentino, se distinguen dos atributos: complejidad y fragmentación. En pocos países coexisten tres modelos en paralelo. Con poca integración entre sí, muestran resultados exigüos y, aunque los indicadores de salud han mejorado en los últimos lustros, se mantienen diferencias entre regiones que evidencian inequidad, con el agravante de mostrar una tendencia a la expansión del gasto que no se corresponde con los resultados. Estos dos atributos constituyen los rasgos más destacados del sistema de salud argentino, entendiendo como fragmentación no solo a la multiplicidad de actores, sino también a la disolución de la responsabilidad institucional por los cuidados de salud de la población.

Estamos terminando de escribir este libro en los albores de los efectos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia por Covid-19 en Argentina. Seguramente, esta triste historia, de la cual no conocemos aún su final, dejará varias lecciones. Una de ellas, sostenemos, resultará de la evidencia de cuán importante es contar con unidad

Conviven en Argentina las viejas enfermedades de tipo infeccioso, algunas de ellas re-agravadas o re-emergentes, con los nuevos problemas. Entre estos últimos se ha dado especial importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles, como consecuencia del envejecimiento poblacional, y a las lesiones externas, vinculándolas con crecientes situaciones de violencia –incidentes viales, homicidios y femicidios, suicidios, pero también violencia de género e intolerancia a las disidencias–. Sin embargo, aparecen poco en la agenda sanitaria los problemas relacionados con la contaminación ambiental, los agrotóxicos y los efectos de producciones peligrosas para la vida como por ejemplo la megaminería a cielo abierto. El enfoque de “una sola salud” que propicia una mirada sobre la salud como relación armónica entre todos los seres vivos y su relación con el planeta está todavía lejos de traducirse en acciones concretas.

Hugo Spinelli menciona que este es uno de los productos de la “huella de la historia del campo”, pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementarlo, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado (Spinelli, 2010).

Esa dinámica explica muchos de los perfiles epidemiológicos existentes. La vigencia de problemas de salud que podrían haberse ya erradicado porque existen conocimientos suficientes fundamentalmente expresa la existencia de individuos sin acceso a la ciudadanía y que, por lo tanto, no logran capacidades para colocar sus problemas en la agenda del Estado. La agenda política difiere de la agenda comunitaria por varias razones, pero destacamos que una de ellas es sin duda, el desigual ejercicio de ciudadanía, es decir, de acceso pleno a los derechos.

Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino. Daniel Esteban Manoukian - Nasim Iusef Venturini 237

de criterio y de mando en situaciones extremas como esta. Sin embargo, la ventaja comparativa de esa unidad no se limita a periodos tormentosos como es el caso de la pandemia, también resulta notoria en etapas de calma, si es que los puede haber en un territorio con tantas desigualdades. Por esa razón, este libro que esperamos resulte al servicio de los objetivos que planteamos en la introducción, es un llamado más, urgente e impostergable, a la unidad del sistema de salud argentino bajo la conducción de un Estado fuerte y presente.

Adherimos a la idea expresada por Federico Tobar en el sentido de que la historia de “la organización de los servicios de salud en Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia un sistema integrado” (Tobar, 2012), y sostenemos que la integración inteligente de los recursos disponibles tendrá que ser el desafío a asumir por el conjunto social.

Después de los intentos y los fracasos, que no fueron producto de la inconsistencia sanitaria, sino fundamentalmente de la falta de voluntad política, todos los actores relacionados con el sistema de salud argentino han sido afectados. En primer lugar, los ciudadanos, y en especial los excluidos, pero también los trabajadores de salud, los sindicatos, los prestadores y hasta los propios sistemas privados. Casi todos los protagonistas reconocen que hace falta quebrar la idea de la salud como mercancía y que deben propiciarse cambios profundos si se pretende el acceso universal con calidad y equidad.

Por eso, y en conclusión, la lucha social por la salud aún no se ha generalizado. Argentina tiene un extraordinario potencial para conquistar el derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades.

Quizás Neuquén esté en mejores condiciones que otras provincias para asegurar ese derecho y esto mismo se constituye en un desafío adicional. Esta es una historia que, como todas las historias, siempre nos interpela a ser protagonistas de un nuevo capítulo.

REFERENCIAS Y FUENTES CONSULTADAS

- Abramzón, M. C. (2005). *Argentina: Recursos humanos en salud en 2004*. OPS.
- Abramzón, M. C. (2006). "Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente". *Revista de Salud Pública*, 10 (1), pp. 52-62. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v10.n1.7306>
- Agüero, A. L. (1993). "Epidemiología, historia, desarrollo y epistemología", en *Epidemiología y atención de la salud en Argentina*. OPS.
- Alzugaray, R. (1988). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional / 1*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Alzugaray, R. A. (2009). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires, Colihue.
- Arce, H. E. (2010). *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Buenos Aires, Prometeo libros.
- Arias-Bucciarelli, M., González, A. E., y Scuri, M. C. (1993). "La provincia y la política. Formación y consolidación del Estado neuquino (1955-1970)", en *Historia de Neuquén*, Buenos Aires, PlusUltra, pp. 332-367.
- Armus, D. (2016). "Eugenésia en Buenos Aires: Discursos, prácticas, historiografía". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, pp. 149-170. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702016000500009>
- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966). Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. *Resolución 2200 A (XXI)*. <https://doi.org/10.18356/33d4ce49-es>
- Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF) (2018). "La culminación del desarme". *Revista Soberanía Sanitaria*, edición especial, septiembre de 2018, pp. 22-24.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993—Invertir en salud*. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>
- Belló, M., y Becerril-Montekio, V. M. (2011). "Sistema de salud de Argentina". *Salud Pública de México*, 53, s96-s109. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800006>
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1994). "El sector salud en Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985". *Publicación de OPS, representación en Argentina*, N° 40.
- Blanco, G. (1998). *Neuquén, 40 años de vida institucional, 1958-1998*. Neuquén, Centro de Estudios de Historia Regional, Universidad Nacional del Comahue.
- Borini, M. (2013). *Financiamiento de la salud poblacional en la Argentina*. (Fascículo 2; Cuadernos para trabajadores de la salud). Idep Salud, Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).
- Borini, M., y Migueles, L. (2017). *Informe presupuesto nacional en salud, Argentina, 2017*. (Salud Pública argentina escrita por trabajadores y trabajadoras). Idep Salud, Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).
- Borlotti, M. F. (2018). "Chantaje a las provincias". *La Capital*. <https://www.lacapital.com.ar/opinion/chantaje-las-provincias-n1641117.html>
- Bourdieu, P. (1997). "Espacio social y espacio simbólico". En *Razones prácticas*. Barcelona, Anagrama.
- Breilh, J. (2011). "Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud", en *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cabases-Hita, J. M. (1999). *La controversia entre los principios de un sistema sanitario. El Debate público privado en las políticas de salud*. VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires.
- Carrillo, R. (1973). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R. (1974). *Teoría del hospital*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R. (1975). *Planes de salud pública 1952-1958*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R., Arce, J., Jaramillo, A., y Spinelli, H. (2018). "Política sanitaria argentina". *Cuadernos del ISCo*. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/2/15/19-1>
- Carrillo, A., y Carrillo, A. (2004). *Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista*.
- Cassiani, S. H. de B., Hoyos, M. C., Carvalho Barreto, M. F., y da Silva, F. A. M. (2018). "Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas". *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42.
- Castillo, E. (1974). *Plan de Salud. Informe del Subsecretario de Salud de Neuquén*. <http://www.neuqueneldesafio.com.ar/blog/61-plan-de-salud/?print=pdf>
- Cendali, F., y Pozo, L. (2008). *Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos*. 19. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf
- Cetrángolo, O., y Goldschmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal. El caso argentino*. Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, UBA. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_024.pdf
- Chorny, A. H. (1998). "Planificación en Salud: Viejas ideas en nuevos ropajes". *Cuadernos médico sociales*, N° 73, 22.
- Colantuono, M. R. (1995). "Estado y territorio", en Neuquén, una geografía abierta. Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, pp. 63-88..
- Conde Olasagasti, J. L. (1999). *Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. N° 71.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Dávila, A. (2016). *Cobertura Universal de Salud -CUS- Una mirada crítica y autocrítica del proceso de reforma de los sistemas de salud en Argentina*. Bernal, agosto de 2016. Disponible en: www.institutopatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/10/COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD.pdf
- De la Puente, C., y De los Reyes, L. (2019). *¿Cuánto gasta argentina en salud?* (p. 25). Secretaría de Gobierno de Salud. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

- Dever, G. E. A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. OPS.
- Di Liscia, M. (2017). "Del brazo civilizador a la defensa nacional: Políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)". *Historia Caribe*, XII (31). <https://doi.org/10.15648/hc.31.2017.6>
- Díaz Muñoz, A. R., Levovich, M., Lima Quintana, L., y Ramos, S. (1994). *Sistemas de salud en proceso de reforma*. OPS/OMS.
- Di-Bello, H. (2013). 2003-2013. "Una década ganada también para la salud". *Revista Argentina Salud - Ministerio de Salud de la Nación*, Época 2, año 4, N° 22.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Natalidad y mortalidad*. (Síntesis estadística 3). <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Natalidad-Mortalidad-2016-SintesisNro3.pdf>.
- Durán, A. (2004). "Políticas y sistemas sanitarios". *Escuela Andaluza de Salud Pública*, Serie Monografías, N° 40.
- Escudero, J. C. (2018). "Salud supranacional y salud nacional". *Revista Soberanía Sanitaria*, Edición especial, septiembre de 2018, pp. 49-52.
- Etchepareborda, R. (1983). *Biografía Yrigoyen/2*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Favaro, O. (1993). "Territorio y Estado Nacional: Estado Provincial y sistema político (1955-1976)", en *Historia de Neuquén*, Buenos Aires, PlusUltra, pp. 315-331.
- Flores, F. (1997). *Creando organizaciones para el futuro*. Buenos Aires, Dolmen. <https://www.inf.utfsm.cl/~ric/sia/textos/creando%20org.pdf>
- Fundación Soberanía Sanitaria (2018a). *Avance contra la salud pública* (Informe FSS N° 37-1° parte). www.soberaniasanitaria.org.ar.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2018b). *Un ajuste que debilita la Atención Primaria de la Salud* (Informe FSS N° 37-2° parte). www.soberaniasanitaria.org.ar.
- Georgopoulos, B. y Mann, F. (1989). "El hospital como una organización". En: *Análisis de las organizaciones de salud*. OPS.
- Giménez, G. (1997). "La sociología de Pierre Bourdieu". *Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*, 23.

- Lores, H. (2020). *El plan de salud de Neuquén*.
- Maceira, D. (2007). *Descentralización, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Buenos Aires, Centro de Estudios Estado y Sociedad (Cedes).
- Mainetti, J. A. (1991). *Bioética sistemática*. Buenos Aires, Quirón.
- Manoukian, D. E. (2003). *Construcción de redes en salud: El caso Cutral Cú-Plaza Huincul*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Manoukian, D. E. (2016a). Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología de Salud. *VA CON FIRMA*. https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_719/id_1634/agencia-nacional-de-evaluacion-de-tecnologia-de-salud/imprimir/imprimir/imprimir/imprimir
- Manoukian, D. E. (2016b). "Cobertura Universal de Salud. Golpe al Derecho a la Salud y al acceso universal". *Idep Salud-ATE*, 11.
- Manoukian, D. E. (2017). La historia del patético reparto de frazadas cortas. *VA CON FIRMA*. https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_2893/la-historia-del-patetico-reparto-de-frazadas-cortas
- Manoukian, D. E. (2018). La CUS no es un invento argentino. *VA CON FIRMA*. http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_5453/la-cus-no-es-un-invento-argentino
- Marcus, A. (2016). "Interculturalidad en salud". *Revista patagónica de bioética*, año 3, N° 5, pp. 58-71.
- Martín Martín, J. (1994). *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martínez Guarino, R. (2004). *Felipe Sapag. El patriarca patagónico*. Grupo de Estudios Urbanos y Microrregionales, división editorial.
- Mases, E. H., Caminotti, D., Perren, J., Casullo, F., Gentile, M. B., y Camino Vela, F. (2015). *Un siglo al servicio de la Salud Pública. La historia del Hospital Castro Rendón*. Neuquén, Editorial de la Universidad Nacional del Comahue (Educo).
- Matus, C. (2014). *Adiós, Señor Presidente*. EDUNLa.
- Medina, A., y Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires, Imago Mundi.
- Milgrom, P., y Roberts, J. (1990). *Economía, organización y gestión de la empresa*. Barcelona, Ariel Economía.

- Gollán, D. (2015). *¿Qué hacer en Salud? Fundamentos políticos para la Soberanía Sanitaria*. Buenos Aires, Colihue.
- González García, G. (1995). *Modelos de organización de los servicios de salud*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: equidad, eficiencia y calidad. AES, Buenos Aires.
- González García, G., Fontela, M., y Madies, C. (2012). *Médicos, la salud de una profesión: Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- González García, G., y Tobar, F. (1997). *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Isalud.
- González García, G., y Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Hernández-Álvarez, M. (2017). "Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia". *Revista Soberanía Sanitaria*, 8 de diciembre. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/consecuencias-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-colombia/>
- Herrero, M. B., y Carbonetti, A. (2013). "La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX". *História, Ciências, Saúde, Manuais*, Rio de Janeiro, 20(2), 16.
- Hilleboe, H. E., Barkhuus, A., y Thomas, W. C. (1973). *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Lator, C., Arias, C., Gorrochategui, M. del C., y Manoukian, D. E. (2006). *Chos Malal, entre el olvido y la pasión. Historia de la primera capital de Neuquén, desde los orígenes hasta los años setenta*. Centro de Estudios Regionales Chos Malal.
- Laurell, A. C. (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 19, 11.
- Laurell, A. C. (2011). "Los proyectos de salud en América latina. Dos visiones, dos prácticas". *Voces en el Fénix. En estado crítico*, N° 7. Disponible en <https://www.vocesenfenix.com/sites/default/files/pdf/03.pdf>
- Leone, F. (2011). "Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico". *Voces en el Fénix. En estado crítico*, N° 7. <http://www.vocesenfenix.com/content/obras-sociales-en-la-argentina-un-sint%C3%A9tico-relato-hist%C3%B3rico>.

- Ministerio de Salud de la Nación (2004). *Plan federal de salud 2004-2007*. 55. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012a). *El derecho a la salud, 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012b). *Remediar+Redes. 10 años comprometidos con la Salud Pública. Acceso a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). *¿Qué es OFERHUS? Funciones y objetivos*. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/que-es-oferhus>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Argentina logró controlar el brote y es libre de sarampión*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-logro-controlar-el-brote-y-es-libre-de-sarampion>
- Ministerio de Salud de Neuquén (2018). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Reseña institucional. 2018*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/>
- Ministerio de Salud Neuquén (2019). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Plan provincial de salud, Neuquén 2019-2023. La promoción de la salud, eje de todas las acciones*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/06/Plan-Salud-Nqn-2019-2023.pdf>
- Ministerio de Salud Neuquén (2018a). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2016*.
- Ministerio de Salud Neuquén (2018b). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2017*.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Indicadores Básicos Argentina 2019*. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>
- Ministerio Jefatura de Gabinete Neuquén (2019). *Neuquén tiene la mortalidad infantil más baja de su historia. 1*.
- Moreno, E. (1972). *Evaluación de actividades año 1971*, Subsecretaría de Salud de Neuquén, p. 123.
- Moreno, E. (2004, diciembre). "Hay que revisar el sistema sanitario neuquino". *Diario Río Negro*. <https://www.rionegro.com.ar/hay->

- que-revisar-el-sistema-sanitario-neuquino-dijo-elsa-moreno-P-CHRN04121119111006/
- Morgenfeld, L. (2012). "Desarrollismo, Alianza para el Progreso y Revolución Cubana: Frondizi, Kennedy y el Che en Punta del Este (1961-1962)". *Ciclos en la historia, la economía y la sociedad*, 20(40).
- Nirenberg, O., Moreno, E., y Perrone, N. (2009). "Evaluación del sistema público de salud de la provincia de Neuquén". *Cuadernos CEADEL*, Centro de Apoyo al Desarrollo Local (Ceadel), N° 45, p. 24.
- OECD (1992). *The reform of Health care. A comparative analysis of seven OECD countries*. OECD Publications.
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. <https://www.who.int/whr/2000/es/>
- OMS (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* WHO. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Onocko Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- OPS (1992). *Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. <http://www2.udec.cl/~promesa/doc3.htm>
- OPS (1995). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: La administración estratégica*.
- OPS (1997). "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe", *Cuaderno técnico*, N° 46, Santiago de Chile.
- OPS (2018). *Indicadores básicos 2018. Situación de la Salud en las Américas*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). "De Bismarck a Beveridge: Seguridad social para todos". *Revista Trabajo*, N° 67. http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang-es/index.htm

- Pallarés-Mollins, E. (2012). *Psicología del amor. Para comprender mejor esta fortaleza humana 2012*. Bilbao, Ediciones Mensajero.
- Palma, H. A. (2016). *Las huellas de Darwin en la Argentina*. Teseo Press. <https://www.teseopress.com/lashuellasdedarwin/wp-content/uploads/sites/305/2016/06/Las-huellas-de-Darwin-en-la-Argentina-1464801989.pdf>
- Passos-Nogueira, R. (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. OPS.
- Pérgola, F. (2012). "Carlos Alberto Alvarado y el paludismo". *Revista Argentina de Salud Pública*, 3, 2.
- Pigna, F. (2004). *Los mitos de la Argentina 2. De San Martín a "El granero del mundo"*. Buenos Aires, Planeta.
- Pigna, F. (2006). *Los mitos de la Argentina 3. De la Ley Sáenz Peña a los albores del peronismo*. Buenos Aires, Planeta.
- Piñón, S. L. (2014). "Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 0(16), pp. 111-125. <https://doi.org/10.29340/16.1074>
- Poder Legislativo Nacional (1994). *Constitución Nacional Argentina*, Ley N° 24430.
- ¿Qué es OFERHUS? (2018, octubre 23). Argentina.gov.ar. <https://www.argentina.gov.ar/salud/oferhus/que-es-oferhus>
- Restrepo, H., y Malaga, H. (2001). *Promoción de la salud. Como construir vida saludable*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Roqué, M., De Marziani, F., Letcher, H., y Strada, J. (2019). *Informe sobre la situación de las personas mayores. El impacto inflacionario en los medicamentos* (p. 19). Buenos Aires, CEP, Centro de Economía Política Argentina. <https://centrocepa.com.ar/informes/233-el-impacto-inflacionario-en-los-medicamentos-septiembre-de-2019.html>
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la Medicina Social: Ensayos sobre la historia de la atención a la Salud*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. OPS.
- Rovere, M. (2000). *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Instituto de la Salud Juan Lazarte.

- Rovere, M. (2004). "La Salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto". *La Esquina del Sur*, 10.
- Rovere, M. (2015). "La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto", en Gollán et al., *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la Soberanía Sanitaria*. Buenos Aires, Colihue.
- Rovere, M. (2018). "Significado y sentido de un Ministerio de Salud". *Revista Soberanía Sanitaria*, Edición especial, septiembre de 2018, pp. 6-12.
- Sanguinetti, J. (2015). *Cobertura, gasto financiamiento y uso de los servicios de Salud en Argentina 2003-2014: Principales tendencias*. [Informe preparado para el Banco Mundial].
- Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Indicadores básicos 2019*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and human welfare*. Yale University Press.
- Somoza, J. L. (1967). "La mortalidad de la República Argentina según tablas de vida de 1914, 1946-48 y 1959-61". *Revista de Economía y Estadística*, tercera época, 11(1-2), pp. 155-174.
- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud colectiva*, 6(3), pp. 275-293.
- Spinelli, H. (2016). "Volver a pensar en salud: Programas y territorios". *Salud Colectiva*, 12, pp. 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Spinelli, H. (2019). "Planes y juegos". *Salud Colectiva*, 15, e2149. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2149>
- Stolkner, A. (1987). "De interdisciplinas e indisciplinas", en Elichiry, Nora (comp.), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Nueva visión.
- Szafranko, A. (2019). "La pobreza alcanzó al 40,8% de los argentinos en el tercer trimestre, según datos de la UCA". *El Cronista*, 5 de diciembre. <https://www.cronista.com/economia politica/La-pobreza-alcanzo-al-40-8-de-los-argentinos-en-el-tercer-trimestre-segun-datos-de-la-UCA-20191205-0051.html>
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

- Testa, M. (2014). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tobar, F. (1998). "Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud", en *Reinventando la salud*, cap. 2. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Tobar, F. (2001). "¿Por qué Argentina salió tan mal en el Informe 2000 de la OMS?" en *Medicina y sociedad.org.ar/publicaciones*.
- Tobar, F. (2012). "Breve historia del sistema argentino de salud", en: Garay, O. (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos, ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. Buenos Aires, La Ley.
- Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2012). "Complejidad y fragmentación: Las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino". *Documento de Políticas Públicas/Análisis*, N° 108. Buenos Aires, Cippec.
- Vaca Narvaja, G. A. (2020). *Sobre el Seguro Provincial de Salud y el Consejo Provincial de Salud*. Documento aportado por el autor para esta publicación.
- Vallejo, G. (2018). "La hora cero de la eugenesia en la Argentina: Disputas e ideologías en el surgimiento de un campo científico, 1916-1932". *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, 25(suppl. 1), pp. 15-32. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000300002>
- Varela, T., Giovacchini, C., Angeleri, P., Morales, M., Fabbri, C., y Luppo, V. (2019). "Elaboración de criterios epidemiológicos para estratificar por departamento el riesgo poblacional de Dengue grave". *Rev Argent Salud Pública*, 10(39), pp. 38-41.
- Verdejo, G. (1998). *Argentina. Situación de salud y tendencias 1986-1995*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6262/1998-ARG-situacion-salud-tendencias.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Veronelli, J. C., y Testa, A. (2002). *La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria*. Organización Panamericana de la Salud.
- Veronelli, J. C., y Veronelli Correch, M. (2004a). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*, t. 2. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1>
- Veronelli, J. C., y Veronelli Correch, M. (2004b). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*, t. 1. Organización Pana-

- mericana de la Salud. <https://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/Tomo%20I.pdf>
- Villela Cortés, F., y Linares Salgado, J. E. (2011). "Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta". *Acta bioethica*, 17(2), pp. 189-197. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200005>
- Virchow, R. (2008). "Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia". *Medicina Social*, 3(1), pp. 5-20.
- Williams, A. (1988). "Priority setting in public and private health care: A guide through the ideological jungle". *Journal of Health Economics*, 7(2), junio 1988, pp. 173-183.
- Williams, G. (2015). "Intersectorialidad en las políticas de recursos humanos en salud. Experiencia argentina y perspectivas de regulación en el ejercicio profesional". Reunión regional de recursos humanos para la salud. *Los equipos de Salud frente a nuevos y renovados desafíos*, Buenos Aires.
- Williams, G., Duré, I., Dursi, C., y Pereyra, J. L. (2014). "Médicos en Argentina: Red federal de registros de profesionales de la salud". *Revista Argentina de Salud Pública*, N°4.
- Williamson, O. (1993). *Las instituciones económicas del capitalismo*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Yelicic, C. (1999). *Ponencia de la Diputada Clori Yelicic (Bloque Fre-paso) en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al tratarse en general la Ley Básica de Salud*. 111.
- Zubeldía, L., y Hurtado, D. (2019). "Política tecnológica e industrial en contexto semiperiférico: La producción pública de medicamentos en Argentina (2007-2015)". *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, vol. 8, N°16, 29 (enero-junio 2019) ISSN 1853-9254.

SOMOS GENTE DE PALABRA

Tomamos de ella su capacidad de construir comunidad, conciencia y una cultura de hermandades.

Palabra escrita hecha libros/semilla que nos ayuden a transitar el camino hacia una sociedad más justa e igualitaria, rumbo al Buen Vivir. Palabras puentes y no muros.

Corren tiempos en los que se las manipula para el desencuentro, la división, la xenofobia. Se las usa como excavadoras para ensanchar y profundizar grietas; como señuelos consumistas que enmudecen el daño a nuestra casa común.

Si la verdad nos hará libres, el engaño premeditado persigue esclavizar-nos, colonizarnos. Palabrerío irresponsable de pícara impostura, enfermando el entendimiento común de los sentidos, martillando informaciones falsas. Naturalizar la posverdad no es otra cosa que la celebración de la mentira. Nosotros somos los que le gritan al rey desnudo.

Queridos lectores: reciban y circulen los libros de CICCUS como una buena nueva, más allá de la temática que aborden, como un don para el discernimiento, la paz y el amor a la vida, que no es poca cosa.

CONSEJO EDITORIAL:

Juan Carlos Manoukian, Mariano Garreta, Hugo Chumbita, José Muchnik, Diana Braceras, Héctor Olmos, José Luis Coraggio, Roberto Benencia, Nerio Tello, Federico Giménez, Pablo Medina, Adrián Scribano, Gabriela Merlinsky, María Miguel, Enrique Del Percio

EDICIONES
CICCUS
CENTRO DE INTEGRACIÓN
COMUNICACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD



Foto: "Trashumancia en el norte neuquino", Daniel Manoukian

*La presente edición está impresa
en papel ilustración de 90 grs. de producción nacional.*

*Se utilizó tipografía
Georgia cuerpo 10,5 con interlínea 14.*

Se terminó de imprimir en enero de 2021
en Colorgraf Servicios Gráficos
Dr. Antonio Caviglia 27 - Wilde
Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-11) 4353-4563
imprentacolorgraf@gmail.com

Año: 2021

OFICIAL

EXPTE. N°	34
PROYECTO N°	14174
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Comité de Alerta Hídrico Ambiental. Representantes Luis Enrique Olarte, Carlos Sartori, Lefxaru Nahuel y otros firmantes.

EXTRACTO:

Por el cual se solicita regular los mecanismos de designación de los representantes de la sociedad civil que deseen formar parte del Comité de Alerta Hídrico Ambiental, creado por Ley 3076.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 8

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:

Neuquén, Marzo 22 de 2021

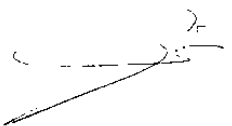
Sr. Presidente de la
Honorable Legislatura del Neuquén
Cr. Marcos Koopmann
S _____ / _____ D

Ref. Proyecto de resolución
Organizaciones de la Sociedad Civil
- Expte. Cámara 0-10-21 Renovación representantes OSC

Por la presente, los miembros designados, integrantes del Comité de Alerta Hídrico Ambiental Ley N° 3076, propone para su evaluación el Proyecto de resolución de las Organizaciones de la Sociedad Civil como mecanismo de designación de referentes para integrar el Comité de Alerta Hídrico Ambiental. En virtud del vencimiento de nuestros mandatos en ese ámbito, es que proponemos dicho mecanismo a realizarse durante el año 2022 debido a los tiempos que esto conlleva, evitando el atraso en la continuidad del funcionamiento del comité.

Por lo que solicitamos tenga a bien considerar la propuesta de las Organizaciones presentada mediante nota bajo "Expediente Cámara 0-10-21 Renovación representantes OSC" para el periodo 2021, dada la amplia participación en la elaboración de la propuesta.

A la espera de una respuesta favorable, nos despedimos muy atentamente.



Dr. Luis Enrique Olarte
Representante Titular en el CAHIA de las OSC
Red de Defensa de los Ríos (Neuquén Capital)



Carlos Sartori
Representante Suplente en el CAHIA de las OSC
Salvemos los Ríos (Neuquén Capital)




Lefxaru Nahuel
Representante Titular en el CAHIA de las OSC
Confederación Mapuche de Neuquén
(Zonal Xawvko)



Ing. Agr. Santiago Luis Herradón
Representante titular en el CAHIA de las OSC
Asamblea Socioambiental de Junín de los Andes



Oscar Rossi
Representante Suplente en el CAHIA de las OSC
FUNDAGUA




Andrés Rabassa
Representante Suplente en el CAHIA de las OSC
Observatorio Socioambiental Ciudadano



Melina Vaca
Representante Suplente en el CAHIA de las OSC
CPAN



Eduardo Padilla
Laudato Si Pastoral Social



Prof. Maria Laura Nahuel
Representante suplente en el CAHIA de las OSC
Confederación Mapuche de Neuquén
(Zonal Xawvno)

Proyecto de resolución
Organizaciones de la Sociedad Civil

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

RESUELVE:

Artículo 1º: Regúlense los mecanismos de designación de los representantes de la sociedad civil que deseen formar parte del Comité de Alerta Hídrico Ambiental creado por Ley N° 3076.

Artículo 2º: La Honorable Legislatura deberá realizar la convocatoria anual a las posibles Organizaciones Sociales que deseen postularse a través de sus redes sociales, su página web y publicando por 3 (tres) días la misma, en los diarios de mayor circulación de la provincia, de modo que se garantice la amplia participación ciudadana exigida por la Ley N° 3076 y su reglamento. Esto en un todo de acuerdo con lo expresado en el artículo 5º de la presente.

Artículo 3º: Créase el Registro de Organizaciones y Actores Colectivos Ambientales de la Sociedad Civil, aspirantes a postular representantes que sean designados por la Legislatura del Neuquén en un todo de acuerdo con el inciso h), del artículo 15 de la Ley N° 3076. Es requisito para estar inscripto en este registro, que quienes deseen postularse estén agrupados en una Organización o Colectivo Social, abocado al tema ambiental, con una trayectoria reconocida, al menos localmente, no menor a 3 (tres) años de actuación y completar la ficha de inscripción que forma parte de la presente como Anexo 1.

Artículo 4º: Las postulaciones, para ser inscriptos en el Registro mencionado en el Artículo anterior, serán analizadas y aprobadas por una Comisión

constituida por el representante de la Autoridad de Aplicación de la Ley N° 3076 en el Comité, 2 (dos) representantes de la Legislatura, miembros de la Comisión de Ambiente, -1 (uno) por la mayoría y otro por la minoría -, y por los 4 (cuatro) representantes de la Sociedad Civil, en el Comité, que se encuentren en funciones, o bien que sean los últimos en haber estado en funciones si es que ya hubieran vencido sus cargos.

Artículo 5°: El registro se abrirá el mismo día en que se produzca la apertura anual de las sesiones legislativas en la HLN y cerrará anualmente el 31 de agosto de cada año. La Comisión mencionada en el Artículo 4° emitirá dictamen antes del 30 de septiembre de cada año, y sus decisiones serán inapelables. La elección se realizará de manera presencial o virtual, en función de la viabilidad de la misma y deberá concretarse antes del 30 de octubre de cada año.

La elección de las personas, que deberán ser postuladas por las Organizaciones o colectivos inscriptos en el Registro creado en el Artículo 3°, será por lista completa, es decir los 4 (cuatro) representantes titulares y sus respectivos suplentes a ser designados posteriormente por la Legislatura, como representantes de la Sociedad Civil en el Comité mencionado en el artículo 1°.

Estas listas deberán incluir al menos 1 (un) representante titular y 1 (un) suplente de los Pueblos Originarios.

Los postulados en las listas deben provenir de al menos 8 (ocho) departamentos distintos de la provincia.

Artículo 6°: La elección, que se realizará entre los representantes de las Organizaciones o Colectivos que se encuentren inscriptos en el Registro mencionado en el artículo 3° de la presente, se hará mediante un Plenario de Organizaciones Ambientales, durante el cual se procurará alcanzar el acuerdo por consenso. Para el caso en que se presentara más de 1 (una) lista, y no se pudiere alcanzar el consenso, la elección se definirá por la votación de todas las organizaciones presentes a través de mayoría simple. Una vez realizada la elección, deberán presentar nota a la HLN para que se concrete su designación. Dicha nota deberá consignar:

- a) Nombre, apellido, domicilio, DNI, de las personas elegidas.

- b) Organización o colectivo al que pertenecen.
- c) Detalle de los antecedentes de las personas elegidas y de las organizaciones de que provienen.
- d) Deberán constituir una dirección de correo electrónico y un domicilio legal, donde serán válidas todas las notificaciones que se cursen.

Artículo 7°: Tanto el llamado al Plenario, como la administración, coordinación, confección de los documentos relacionados con el mismo y la elevación de la nota a la HLN con los resultados de la elección, - todos actos administrativos relacionados al Plenario mencionado en el Artículo 6° -, serán realizados por los 4 (cuatro) representantes de la Sociedad Civil en el Comité, que se encuentren en funciones, o bien que sean los últimos en haber estado en funciones, si es que ya hubieran vencido sus cargos.

Artículo 8°: Con los alcances del Artículo 6° de la presente, se elegirán 4 (cuatro) titulares y al menos 2 (dos) suplentes por titular para garantizar la rotación y participación en el Comité de la mayor parte de las Organizaciones y Colectivos de todo el territorio provincial inscriptos en el Registro. En ningún caso se podrá elegir más de 1 (un) representante por Organización, ya sea para titular o para suplente.

Artículo 9°: La designación parcial de los postulantes se hará mediante votación, por mayoría simple, de los miembros que integran la Comisión de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Desarrollo Sustentable, quienes designarán la lista completa de representantes elegida por el Plenario de Organizaciones y Actores Colectivos Ambientales, y la elevarán al pleno legislativo para su ratificación y designación definitiva.

Artículo 10°. Comuníquese, publíquese y archívese.

FUNDAMENTOS

Dado que la provincia de Neuquén cuenta con la Ley 3076 que declara el Alerta Hídrico Ambiental en todas las cuencas de la provincia.

El presente proyecto de resolución tiene por finalidad autorizar a la Honorable Legislatura del Neuquén a emplear los mecanismos tecnológicos y difusivos a su alcance a los efectos de convocar a todos los representantes de organizaciones y Colectivos de la sociedad civil que se encuentren interesados en formar parte del Comité de Alerta Hídrico Ambiental creado por Ley 3076.

En el año 2017 se sanciona la Ley 3076, que declara en su primer apartado la Alerta Hídrico Ambiental en los cursos, cuerpos de agua, y acuíferos existentes en la Provincia.

Uno de esos mecanismos es la creación del Comité de Alerta Hídrico Ambiental (CAHIA) a través de su artículo 15. El mismo establece que dentro de su composición además de representantes de distintos organismos provinciales, deben también formar parte cuatro (4) representantes de la sociedad civil designados por la Honorable Legislatura. En donde también se establece que los integrantes realizan la actividad ad-honorem.

Cierto es que desde la sanción de la ley hasta entonces nunca se estableció un único criterio por parte de la H. legislatura para poder efectuar las designaciones de los representantes de la sociedad civil, y que tampoco el Decreto Reglamentario especifica la forma de elección de los representantes de la Sociedad Civil, quienes serán designados por la HLN.

Dado que pueden darse diferentes opiniones respecto al procedimiento por el cual se llega a la designación de dichos representantes.

En virtud que el decreto reglamentario de la Ley expresa *“En la designación de los Representantes de la Sociedad Civil, deberá perseguirse la amplia participación ciudadana”*, en la normatización del artículo 15.f.

Desde la génesis de la Ley y del funcionamiento del Comité, los representantes de la Sociedad Civil, han provenido de organizaciones o colectivos sociales con reconocida trayectoria en el tema ambiental en nuestra provincia y la misma Ley 3076 fue producto de una amplia

participación social, en la cual las Organizaciones Ambientales de la Sociedad Civil fueron las precursoras de la Sanción de la Ley 3076

Que los miembros del Comité, mencionados en el inciso h) del Artículo 15 de la Ley 3076, han sido siempre fueron elegidos por las organizaciones y colectivos vinculados al tema ambiental en general y a la preservación del Agua en particular y que la Comisión de Medio Ambiente de la Honorable Legislatura del Neuquén ha designado en reiteradas oportunidades a las personas propuestas por los actores sociales mencionados en el considerando anterior.

Así, a pesar de lo detallado precedentemente, es oportuno y deseable ampliar la participación de las OSCs ambientales de toda la provincia.

El trabajo ad honorem que realizan los representantes contribuye significativamente al funcionamiento del Comité en general y al Diagnóstico y al Plan estratégico en particular.

Por otra parte la designación de más de un suplente por titular se ha realizado en más de una oportunidad, atendiendo a que se busca la mayor participación posible y teniendo en cuenta que dicha participación, como mencionamos, es ad honorem.

Todo esto no lleva a que se requiera un trabajo transparente para su selección, que garantice la mejor representatividad posible de las personas que forman parte de estas Organizaciones de la Sociedad Civil, procurando, además, una amplia representación de las distintas zonas de la provincia.

Anexo 1:

FICHA DE INSCRIPCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

- Nombre de la OSC
- Fecha de creación
- Motivo de creación
- Datos completos de 3 integrantes: Nombre, apellido, DNI, dirección, teléfono de contacto, mail.
- Dirección postal de la OSC
- Descripción en 500 (quinientas) palabras como máximo de su trayectoria en la temática ambiental.
- Presentación de al menos 2 (dos) avales sobre su accionar emitidos por Organizaciones de la Sociedad Civil y/o Actores Colectivos Ambientales de probada trayectoria en el ámbito de la provincia.
- Descripción en 500 (quinientas) palabras como máximo de las razones por las que le interesa participar del CAHiA.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	119
PROYECTO N°	14177
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Bonotti María Laura(SIEM); Peressini Andrés Arturo(SIEM)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita al Poder Ejecutivo que, por intermedio del Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), informe sobre el cumplimiento de la Ley 2634 —Fondo para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva del Neuquén—.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

Neuquén, 22 de marzo de 2021

Señor Presidente

Cr. Marcos Koopmann

Honorable Legislatura del Neuquén

S-----/-----D

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, y por su intermedio a todos los integrantes de esta Honorable Legislatura, con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Resolución respecto al cumplimiento de la Ley Provincial 2634.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad de saludar a usted muy atentamente.

Bonotti, María Laura
Bloque Siempre
PERESSINI
Firmado digitalmente por
PERESSINI Andrés
Arturo
Fecha: 2021.03.22
13:32:03 -03'00'
Peressini, Andrés Arturo
Bloque Siempre

BONOTTI
TI Maria
Laura
Firmado digitalmente
por BONOTTI
Maria Laura
Fecha:
2021.03.22
13:38:51 -03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

Honorable Legislatura de la Provincia de Neuquén

RESUELVE:

Artículo 1º Requerir al Poder Ejecutivo, por intermedio del Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), respecto al estado y cumplimiento de la Ley Provincial 2634 la cual refiere al “Fondo para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva del Neuquén”; lo siguiente:

- a) Monto actual del Fondo para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva del Neuquén. Indicar flujos anuales de dicho fondo desde la fecha de aplicación de la Ley.
- b) Indicar las personas, empresas (en forma individual o constituyendo Agrupaciones de Colaboración), Universidades públicas y universidades privadas y Unidades de Desarrollo Tecnológico habilitadas por la autoridad de aplicación de la presente Ley; que conforman el “Registro Provincial de Innovadores”.
- c) Años en los que la autoridad de aplicación realizará la evaluación de desempeño de las UDT (unidad de desarrollo tecnológico)
- d) Si se ha implementado el sistema de fondos de inversión y/o capital de riesgo.
- e) Si se ha constituido, con los recursos del Fondo para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva del Neuquén, un Fondo Fiduciario para el Desarrollo Tecnológico y si se ha celebrado el contrato de fideicomiso correspondiente.
- f) ¿Que instrumentos de promoción y fomento para proyectos de investigación y desarrollo y/o proyectos de transmisión de tecnología y/o de asistencia técnica, se han implementado?.
- g) ¿Cual criterio ha adoptado para determinar la categoría de micro, pequeña y mediana empresa?-
- h) ¿Que áreas y sectores ha establecido como prioritarias para la elaboración de las políticas públicas definidas como estratégicas por el Poder Ejecutivo provincial?.
- i) ¿Quiénes y como regulan el sistema de evaluación externa?.
- j) Amplie lo que considere necesario.

Artículo 2º: Comuníquese al Poder Ejecutivo de la Provincia de Neuquén.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

FUNDAMENTOS:

Se sabe que la ciencia y la tecnología se han convertido en ramas de la actividad inseparables de la vida y el progreso de la sociedad desde hace varias décadas. Ambos conceptos están hoy tan interrelacionados que han llegado a considerarse como uno solo. El estudio de sus orígenes revela, sin embargo, diferencias notables. Con el fin de formalizar de manera pragmática ambos conceptos y delimitar sus esferas de acción, se exponen sus definiciones, características e interdependencias. Tanto la ciencia como la tecnología justifican su existencia en la búsqueda y el desarrollo de productos, servicios, medios, herramientas y otras entidades, capaces de satisfacer las necesidades humanas y de la vida en general.

La ciencia y la tecnología constituyen hoy un poderoso pilar del desarrollo cultural, social, económico y, en general, de la vida en la sociedad moderna. A tal punto llega su influencia que la vida actual se ha visto inundada en todos sus aspectos por una creciente avalancha de productos procedentes tanto de una esfera como de la otra, cuya utilización sistemática se ha impuesto como condición para el desarrollo en esta etapa histórica.

Se entiende por ciencia a aquella esfera de la actividad de la sociedad, cuyo objeto esencial es la adquisición de conocimientos acerca del mundo circundante. La ciencia está formada por cuatro componentes fundamentales: el factor humano, el factor social, el factor cognitivo y el factor material.

La tecnología, por su parte, constituye aquel sector de la actividad de la sociedad empeñada en la modificación del mundo circundante.

La tecnología se desarrolló antes que la ciencia, porque respondía a la necesidad práctica e inmediata.

Los productos tecnológicos constituyen uno de los resultados de la actividad creativa del hombre. Ellos completan y adecuan el cuadro de la realidad a las necesidades de la sociedad. Estos productos, al contrario de lo que ocurre con los conocimientos que aporta la ciencia, poseen primero un carácter ideal y, posteriormente, adoptan una forma material específica.

El rol del desarrollo tecnológico como pilar de la soberanía provincial se hace cada vez más evidente en vista de los cambios que se han producido a nivel económico, social y cultural en las



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

sociedades modernas. La tecnología, por su poder de control transformador, se vuelve una herramienta clave en un sistema capitalista, siendo codiciada por su capacidad de generar valor. El manejo de la tecnología, entonces, se vuelve algo peligroso por su capacidad de modificar las reglas de juego y alterar los espacios de poder.

Una sociedad con bajo nivel de desarrollo científico-tecnológico se encuentra supeditada a una división internacional del trabajo ligada a una posición débil, de economías primarizadas, un lugar frágil en el con ciertos escenarios globales, y con economías dependientes de otras economías productoras de bienes con valor agregado.

A nivel provincial podemos decir que dicho fondo es un instrumento de gran utilidad el cual ayuda al desarrollo y financiación sostenible de los distintos proyectos presentados por personas físicas, empresas o entidades de investigación radicadas en el suelo neuquino. Este fondo permite sostener iniciativas de distinta índole las cuales ayudan a mejorar cualitativamente aspectos específicos de la actividad económica como así también dar respuestas a las necesidades que tienen los ciudadanos de la provincia del Neuquén.

De lo expuesto, es que desde nuestro bloque, a través de este proyecto de resolución, pretendemos conocer el estado de cumplimiento de la Ley 2634 y pedimos a nuestros pares el acompañamiento del presente proyecto de Resolución.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	120
PROYECTO N°	14178
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Bonotti María Laura(SIEM); Peressini Andrés Arturo(SIEM)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita al Ministerio de Economía e Infraestructura que informe sobre las estrategias de intervención para abordar las problemáticas causadas por la tormenta en la localidad de Barrancas.

Observaciones:

22/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

Neuquén, 22 de marzo de 2021

Señor Presidente

Cr. Marcos Koopmann

Honorable Legislatura del Neuquén

S-----/-----D

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, y por su intermedio a todos los integrantes de esta Honorable Legislatura, con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Resolución, el cual pide que se informe sobre las estrategias para abordar las problemáticas causadas por la Tormenta en la localidad de Barrancas.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad de saludar a usted muy atentamente.

**BONOT
TI Maria
Laura**

Firmado digitalmente por
BONOTTI Maria Laura
Fecha: 2021.03.22
13:39:54 -03'00'

**PERESSI
NI
Andrés
Arturo**

Firmado
digitalmente
por PERESSINI
Andrés Arturo
Fecha:
2021.03.22
13:31:46 -03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

La Honorable Legislatura de la Provincia de Neuquén

RESUELVE:

Artículo 1º: Solicitar al Ministerio de Economía e infraestructura:

- A. Indique las estrategia de intervención que se van a realizar en la ciudad de barrancas para abordar la problemáticas generadas por la Tormenta.
- B. Expresar si existen estudios de contencion hídrica que impidan daños en la infraestructura de la localidad, de privados y garantice la seguridad de los ciudadanos. De existir, remitir los mismos.
- C. Detallar si se aportaron y/o se aportaran fondos provinciales para solventar los gastos que ocasionaron las reparaciones que se realizaron en la localidad.
- D. Detalle si se aportaron y/o se aportaran aportaron fondos para solventar las pérdidas que sufrieron los vecinos en sus propiedades por motivo de la Tormenta.
- E. Especifique un cronograma de intervención sobre los daños causados por la inundación tormenta.
- F. Especifique un plazo estimativo de finalización de reparación de los daños.
- G. Amplié lo que considere necesario.

Artículo 2º: Comuníquese al ministerio de de economía e infraestructura y a la municipalidad de Barrancas.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

FUNDAMENTOS:

Como es de público conocimiento en los primeros días del mes de enero la localidad de Barrancas se vio afectada por un desastre natural el cual dejó muchos daños materiales tanto a la localidad como así también para los vecinos de la localidad.

La cantidad de agua que transito por la localidad dejó ver que las obras que se estaban realizando no fueron suficiente para poder hacerle frente a la tormenta generando así daños en las calles, casas, servicios básicos y patrimonios personales. Se estima que entre 15 y 20 familias fueron damnificadas por este desastre climatológico algunos en algunos casos la pérdida fue parcial como así también en otros fue total. Otros de los inconvenientes que surgieron a partir de la tormenta fue la rotura de caños de los servicios básicos como el agua y el gas de la localidad, los cuales fueron reparados con rapidez.

Esta tormenta género grandes pérdidas a los crianceros de la zona alguno se vieron afectadas notablemente debido a la pérdida de sus animales como así también a productores zonales debido a la pérdida de sus tierras productivas .

Por lo antes dicho consideramos importante conocer las estrategias que se van a realizar para que la ciudad de Barrancas retorne a sus actividades habituales y se garantice un crecimiento seguro y ordenado.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	125
PROYECTO N°	14183
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Bonotti María Laura(SIEM); Peressini Andrés Arturo(SIEM)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita al Ministerio de Economía e Infraestructura que informe sobre la finalización de la construcción del gimnasio polideportivo de la comisión de fomento de Sauzal Bonito.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

Neuquén, 22 de marzo de 2021

Señor Presidente

Cr. Marcos Koopmann

Honorable Legislatura del Neuquén

S-----/-----D

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigimos a usted, y por su intermedio a todos los integrantes de esta Honorable Legislatura, con el objeto de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del Proyecto de Resolución, el cual pide que se informe sobre la finalización construcción del gimnasio polideportivo que se encuentra en la comisión de fomento de Sauzal Bonito

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad de saludar a usted muy atentamente.

**BONO
TTI
Maria
Laura**

Firmado
digitalmente
por BONOTTI
Maria Laura
Fecha:
2021.03.22
15:56:41
-03'00'

**PERESSINI
Andrés Arturo**

Firmado digitalmente por
PERESSINI Andrés Arturo
Fecha: 2021.03.22
15:55:51 -03'00'



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

La Honorable Legislatura de la Provincia de Neuquén

RESUELVE:

Artículo 1º: Solicitar al ministerio de economía e infraestructura:

1. Especifique cronograma estimativo de finalización de la construcción del gimnasio polideportivo.
2. Indique plazo de finalización de la construcción de las tribunas, los sanitarios, colocación de los pisos y mobiliarios.
3. Defina plazo de entrega del gimnasio polideportivo finalizado.
4. Amplié lo que considere necesario.

Artículo 2º: Comuníquese al Ministerio de economía e infraestructura de la provincia del Neuquén y a la comisión de fomento de Sauzal Bonito.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén

Bloque SIEMPRE

FUNDAMENTOS:

La práctica deportiva es algo que influye de manera positiva en la Sociedad además, es sabido que la gente que tiene una rutina deportiva en su día a día, tienen una calidad de vida mejor y más duradera frente a aquellos que tienen hábitos más sedentarios.

Actualmente, aunque las sociedades están desarrollando acciones para cambiar su forma de vida, existe una preocupación por las consecuencias que lleva consigo la poca práctica de actividad física. Los entes estatales encargados de la salud pública, están preocupados por el aumento de los niños con obesidad y un nivel muy deficiente de actividad física. La actividad física ayuda a desarrollar las capacidades cognitivas de los niños en su etapa de desarrollo. Normalmente la práctica de la actividad física está relacionada con beneficios que afectan a la salud, pero existen evidencias que alegan que la práctica de la actividad física mejora las funciones cognitivas y por tanto en el rendimiento académico. Además de propiciar un mejor bienestar en las personas que padecen enfermedades mentales, como estrés, depresión o ansiedad. La práctica de actividad física también ayuda a la socialización, la construcción de la autoestima y la auto-imagen, sobre todo a los niños que están en etapas de desarrollo. En la localidad no existe otro lugar para poder practicar deportes lo cual genera que el desarrollo de la actividad física se vuelva más complicado de realizar.

A partir de la recorrida provincial pudimos conversar con los vecinos de la localidad, los cuales expresaron que en repetidas ocasiones suceden accidentes en el polideportivo relacionados directamente con el estado inconcluso del mismo, tal es así que un menor tuvo que ser trasladado de la localidad en ambulancia debido a que un arco de fútbol se cayó impactando en su cabeza.

Por lo expuesto anteriormente es que consideramos que es de suma importancia que la localidad de sauzal Bonito cuente con un lugar para que los habitantes de la localidad se desarrollen física y mentalmente generando así una mejora sustancial en su calidad de vida.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	127
PROYECTO N°	14185
CARÁCTER	Declaración

Iniciador:

Martínez María Soledad(FT); Gutiérrez María Ayelén (FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena (FT); Salaburu María Soledad(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se expresa preocupación ante los incendios ocurridos, desde el 9 de marzo de 2021, en siete localidades de la Comarca Andina del sur de Río Negro y el norte de Chubut y beneplácito por las campañas solidarias realizadas por la comunidad neuquina.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:

12 de Marzo de 2021

SEÑOR PRESIDENTE:

Por medio de la presente me dirijo a usted, y por su intermedio a los miembros de la Cámara, a efectos de remitir el presente proyecto de declaración.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

SALABURU
María Soledad

MARTINEZ
Maria
Soledad

Firmado digitalmente por
MARTINEZ Maria
Soledad
Fecha: 2021.03.14
23:20:53 -03'00'

PARRILLI
Maria Lorena

Firmado digitalmente por
PARRILLI Maria Lorena
Fecha: 2021.03.14
21:54:46 -03'00'

GUTIER
REZ
María
Ayelén

Firmado digitalmente
por GUTIERREZ
María Ayelén
Fecha:
2021.03.22
13:21:00 -03'00'

FERNAND
EZ
Eduardo
Sergio
Daniel

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio Daniel
2021.03.14
19:32:54
-03'00'

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
DECLARA:

Artículo 1.º Su preocupación ante los graves incendios ocurridos desde el día martes 9 de Marzo pasado en 7 localidades de la Comarca Andina del sur de Río Negro y el norte de Chubut.

Artículo 2.º Su solidaridad con los pueblos de la Comarca Andina del norte de Río Negro y Sur de Chubut, que se están viendo afectados por los incendios, donde se está produciendo la quema de miles de hectáreas, viviendas, pérdida de vidas y un daño al ambiente de magnitudes catastróficas.

Artículo 3.º Su beneplácito por la enorme campaña de solidaridad que se ha visto en estas horas por parte de toda la población neuquina acompañando y asistiendo las poblaciones afectadas por este incendio.

Artículo 4.º Comuníquese al Poder Ejecutivo de la Provincia de Río Negro, al Poder Ejecutivo de la Provincia de Chubut y al Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible de la Nación.

FUNDAMENTOS

El pasado Martes 9 de Marzo cerca de las 16hs se iniciaron incendios de forma simultánea y en el lapso de tres horas en 7 localidades de nuestra Comarca Andina. La rapidez con la que consumieron grandes extensiones y la simultaneidad de los focos da cuenta que puede llegar a ser un incendio provocado.

Hasta el momento el fuego lleva consumidas 1500 hectáreas aproximadamente, más de 200 familias perdieron su casa, al menos una decena de personas se encuentran con graves lesiones, hay cientos de evacuados repartidos por las localidades cercanas, y unas 12 personas se encuentran desaparecidas por las dificultades de acceso a la señal.

A horas del comienzo de este incendio, hemos observado la conmoción de nuestro pueblo neuquino y demostrando como siempre un gran sentido de solidaridad numerosas organizaciones de la sociedad civil comenzaron campañas de recolección para poder acercar donaciones a los damnificados por esta catástrofe.

Las pérdidas que está generando este incendio, uno de los peores que ha sufrido la región en los últimos tiempos, son irreparables. No solo en lo material sino también para nuestro ecosistema.

Los bosques de nuestra extensa patagonia constituyen el hábitat de múltiples especies de fauna y de flora y están quedando reducido a cenizas. Proteger nuestros espacios verdes, pulmones de nuestras tierras y humedales, es urgente y debería ser prioritario.

Ya se han denunciado en reiteradas oportunidades el habitual uso del fuego para la ocupación del territorio. A finales de año 2020 el Congreso de la Nación Argentina aprobó una modificación de la ley de manejo del fuego estableciendo la prohibición por 60 años de cambios en la utilización del suelo en los bosques nativos, áreas protegidas y humedales incendiados; y de 30 años en el caso de zonas agrícolas, praderas, pastizales o matorrales. Esta modificación no salda las pérdidas que puedan sufrirse por las llamas, pero trata de combatir la especulación financiera y la explotación arbitraria de grandes grupos económicos e inmobiliarios sobre las hectáreas incendiadas.

La justicia de nuestro país debe, con suma urgencia, tomar cartas reales en el asunto y enjuiciar a las personas responsables. La investigación del motivo de estos incendios debe tener la altura y seriedad que estos hechos requieren. Combatir la destrucción de nuestro medio ambiente tiene que tomar un lugar prioritario en las agendas de todos los estamentos del Estado (nacional, provincial y municipal).

Como seres humanos somos los principales depredadores de nuestros ecosistemas. Estamos ante un desastre natural motivado posiblemente por grandes negocios, sin empatía ni raciocinio. Como clase política comprometidos y comprometidas no solo con la realidad actual de nuestra sociedad, sino con el afán de dejar un mundo mejor para las generaciones siguientes, no podemos ni debemos tomar lugares pasivos ante tamaño ecocidio.

Por todo lo anteriormente expuesto es que solicito a esta cámara el acompañamiento de dicho proyecto de declaración.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	129
PROYECTO N°	14187
CARÁCTER	<i>Declaración</i>

Iniciador:

Caparroz Maximiliano (MPN); Du Plessis María Laura(MPN); Abdala Lorena Vanesa(MPN); Chapino Germán Armando(MPN); Gaitán Ludmila (MPN); Murisi Liliana (MPN); Ortuño López José Natalio(MPN); Rivero Javier Alejandro(MPN); Villone María Fernanda (MPN); Sánchez Carlos(UNPO); Gallia Fernando Adrián (FRE.NU.NE); Riccomini Carina Yanet(JUN)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo la publicación del libro "Viajando a bordo de la palabra", realizado entre estudiantes de la Escuela primaria "Posta Cristo Rey" de la ciudad de Plottier y de la Escuela "Juana Pavón de Morelos" de la ciudad de Iztapalapa -D.F.- México.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:**SANCIÓN:**



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino**

Neuquén, 19 de marzo de 2021

**Señor Presidente
Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Cr. Marcos Koopmann
Su Despacho**

De nuestra mayor consideración;

Los que suscriben la presente, tienen el agrado de dirigirse a Usted y por su intermedio a la Honorable Legislatura, con el objeto de remitir para su tratamiento el proyecto de Declaración adjunto.

Sin otro particular, saludan a Ud. muy atentamente.

DU PLESSIS
Maria Laura
Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.20
06:47:01 -03'00'

RIVERO
Javier
Alejandro

Firmado digitalmente por RIVERO Javier
Alejandro
Fecha: 2021.03.19
16:18:17 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano Jose
Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.19
13:01:21 -03'00'

ABDALA
Lorena
Vanessa
Firmado digitalmente por ABDALA Lorena Vanesa
Fecha: 2021.03.20
10:16:15 -03'00'

CHAPINO
Germán
Armando
Firmado digitalmente por CHAPINO Germán Armando
Fecha: 2021.03.20
20:06:02 -03'00'

GAITAN
Ludmila
Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.21
14:19:56 -03'00'

MURISI
Liliana
Amelia
Firmado digitalmente por MURISI Liliana Amelia
Fecha: 2021.03.22
09:07:15 -03'00'

ORTUÑO
LOPEZ
Jose
Natalio
Firmado digitalmente por ORTUÑO LOPEZ Jose Natalio
Fecha: 2021.03.22
09:43:31 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet
Firmado digitalmente por RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.22 11:22:49 -03'00'

VILLONE
Maria
Fernanda
Firmado digitalmente por VILLONE Maria Fernanda
Fecha: 2021.03.23
08:34:32 -03'00'

SANCHEZ
Z Carlos
Enrique
Firmado digitalmente por SANCHEZ Carlos Enrique
Fecha: 2021.03.22
12:24:53 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian
Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.22
12:08:06 -03'00'



***Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino***

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
DECLARA:**

Artículo 1° De interés del Poder Legislativo la publicación del libro "Viajando a bordo de la palabra", realizado entre estudiantes de la Escuela Primaria "Posta Cristo Rey" de la ciudad de Plottier y la Escuela "Juana Pavón de Morelos" de la ciudad de Iztapalapa -D.F.- México.

Artículo 2° Comuníquese a la Escuela Primaria "Posta Cristo Rey", de la ciudad de Plottier, Provincia de Neuquén.



***Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino***

FUNDAMENTOS

A través del presente proyecto queremos destacar y declarar de interés el libro "Viajando a bordo de la palabra", cuyos autores son niños y niñas de 10 y 12 años de la Escuela Primaria "Posta Cristo Rey" de la ciudad de Plottier y de la Escuela "Juana Pavón de Morelos" de la ciudad de Iztapalapa - D.F.- México.

Esta obra se da en el marco de un encuentro internacional, cultural y literario totalmente virtual entre los estudiantes de ambas escuelas, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2020 en pleno aislamiento social, preventivo y obligatorio originado por la pandemia COVID-19.

"Viajando a bordo de la palabra", surge de la idea del Profesor Alain (México) quien encontró como destino Argentina, luego de que la "señor" Marina Pintor (docente de séptimo grado) sociabilizara un poema de una de sus estudiantes.

La profesora Mariel López, fue quien se encargó de poner en contacto a los maestros Alain y Mariana, para que conversaran, planificaran y proyectaran cómo, qué y cuándo crear un encuentro virtual con más de cuarenta estudiantes.

Cada encuentro contó con la valiosa compañía y el apoyo de otros miembros de ambas comunidades educativas, pero lo más importante es que el relato, los cuentos e historias se forjan de la experiencia compartida por los niños y niñas, que en sus producciones dan cuenta de todo lo que les surgió a ellos luego de haber compartido viajes, comidas típicas, juegos y alguna que otra cosa más.

Esta obra literaria cuenta con más de cincuenta relatos, entre ellos poemas, cuentos, historias, anécdotas, y vivencias de niños y niñas, no solo de distintas edades si no de distintos países como lo son Argentina y México.

Es por ello que estos destellos culturales deben ser considerados, resaltados y destacados como una semilla que acerca y enriquece a nuestros niños y niñas en tiempos tan difíciles como estos. Es por esto y lo expresado en los párrafos precedentes, que solicitamos a nuestros pares tengan a bien acompañar el tratamiento del presente proyecto de Declaración.

Mail para la comunicación de la sanción:

labdala@legnqn.gob.ar

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	130
PROYECTO N°	14188
CARÁCTER	Comunicación

Iniciador:

Caparroz Maximiliano (MPN); Du Plessis María Laura(MPN); Abdala Lorena Vanesa(MPN); Chapino Germán Armando(MPN); Gaitán Ludmila (MPN); Murisi Liliana (MPN); Ortuño López José Natalio(MPN); Rivero Javier Alejandro(MPN); Villone María Fernanda (MPN); Sánchez Carlos(UNPO); Gallia Fernando Adrián (FRE.NU.NE); Riccomini Carina Yanet(JUN)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita a la Universidad Nacional del Comahue, la creación y puesta en funcionamiento de las carreras de enfermería y licenciatura en enfermería, en la localidad de Zapala.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:**SANCIÓN:**



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputados Movimiento Popular Neuquino**

Neuquén, 19 de marzo de 2020

**Señor Presidente
Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Cdr. Marcos Koopmann
Su Despacho**

De nuestra mayor consideración;

Los que suscriben la presente tenemos el agrado de dirigirnos a Usted y por su intermedio a la Honorable Legislatura, con el objeto de remitir para su tratamiento el proyecto de Comunicación que adjuntamos.

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente.

DU PLESSIS
Maria
Laura
Firmado digitalmente por
DU PLESSIS Maria
Laura
Fecha: 2021.03.20
06:47:41 -06'00'

RIVERO
Javier
Alejandro

Firmado digitalmente
por RIVERO Javier
Alejandro
Fecha: 2021.03.19
16:17:12 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano
Jose

Firmado digitalmente por
CAPARROZ Maximiliano
Jose
Fecha: 2021.03.19 13:02:05
-03'00'

ABDALA
Lorena
Vanessa
Firmado digitalmente por
ABDALA Lorena
Vanessa
Fecha: 2021.03.20
10:17:08 -03'00'

CHAPINO
Germán
Armando
Firmado digitalmente por
CHAPINO Germán
Armando
Fecha: 2021.03.20
20:05:32 -03'00'

GAITAN
Ludmila
Firmado digitalmente por
GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.21
14:20:55 -03'00'

MURISI
Liliana
Amelia
Firmado digitalmente por
MURISI Liliana
Amelia
Fecha: 2021.03.22
09:07:42 -03'00'

ORTUÑO
LOPEZ
Jose
Natalio
Firmado digitalmente por
ORTUÑO LOPEZ
Jose Natalio
Fecha:
2021.03.22
09:42:41 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet
Firmado digitalmente por
RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.22
11:22:20 -03'00'

VILLONE
Maria
Fernanda
Firmado digitalmente por
VILLONE Maria
Fernanda
Fecha: 2021.03.23
08:35:00 -03'00'

SANCHE
Z Carlos
Enrique
Firmado digitalmente por
SANCHEZ Carlos
Enrique
Fecha: 2021.03.22
12:25:55 -03'00'

GALLIA
Fernando
Adrian
Firmado digitalmente
por GALLIA Fernando
Adrian
Fecha: 2021.03.22
12:08:37 -03'00'



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputados Movimiento Popular Neuquino**

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
COMUNICA:**

Artículo 1.º Que solicita a la Universidad Nacional del Comahue la creación y puesta en funcionamiento de las carreras de Enfermería y de Licenciado/a en Enfermería en la Localidad de Zapala, por considerar a ésta ciudad como una localización estratégica, y a la formación profesional en el área como impostergable para suplir la creciente demanda del sistema de salud de la provincia.-

Artículo 2.º Comuníquese a la Universidad Nacional del Comahue (UNCO) y a la Municipalidad de Zapala.-



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén Bloque Diputados Movimiento Popular Neuquino

FUNDAMENTOS

La actual situación de pandemia a nivel mundial evidenció de manera patente la necesidad de formación de los recursos humanos destinados a las áreas de Salud y en particular, la formación de los distintos niveles de Enfermería, como una cuestión primordial a resolver por los Estados, ya que este tipo de profesionales pasó a ser un recurso humano mundial crítico, y de gran necesidad social, especialmente en esta provincia, debido a diversos factores extra pandémicos como el aumento del crecimiento demográfico, el envejecimiento poblacional, y las actividades industriales y petrolero, -actividad esta última de gran riesgo de salud.

De todas maneras, no se puede soslayar la necesidad de personal de Enfermería en este contexto de Pandemia, en el que se requiere -en forma exponencial y continua- a estos profesionales. Realidad que queda reflejada en las distintas convocatorias de todos los subsectores de salud mediante diversos medios de comunicación solicitando Auxiliares de Enfermería, Enfermeros y Licenciados en Enfermería, en todas las provincias del país.

A nivel internacional, la OIT en su Recomendación 195/ 04 exhorta a sus Estados Miembros a formular y a aplicar políticas de educación, formación y aprendizaje permanente que promuevan la EMPLEABILIDAD de las personas a lo largo de la vida. Sitúa a las personas en el lugar central del desarrollo económico y social, y manifiesta que la educación y la formación de calidad son un derecho para todos.

Consideración esta, de gran vigencia ante las consecuencias de la Pandemia de Covid-19, toda vez que se avizora un escenario complejo a futuro. Cantidad de personas quedarán en situación de vulnerabilidad social y requerirán el aumento de los cuidados.

En cuanto a la formación profesional, el nivel profesional de la enfermería lo conforman Enfermeras/os y Licenciadas/os, según lo dispone la primera Ley que regula el ejercicio de Enfermería en la república Argentina -Ley Nacional 24004/91-, y su decreto reglamentario 2497/1993. En el ámbito provincial la Ley del ejercicio de enfermería es la 2219/97, adhiriendo en iguales conceptos.

El Nivel Profesional de Enfermería se conforma así por Enfermeras/os, que realizan una carrera técnica de nivel terciario, que se cursa con secundario completo, en Escuelas Terciarias de Enfermería o en Universidades. Suele tener una duración de 3 años.

Mientras que los o las Licenciadas/os en Enfermería, deben primero ser Enfermera/o, y se cursa solamente en Universidades Públicas o Privadas, toda vez que el título de grado sólo los otorgan estas instituciones.

Volviendo al análisis de la problemática poblacional, el Censo de 2010, arroja un aumento de la población nacional en un 10,6 % y el de la región patagónica un 20,2%, posicionándose la provincia en la segunda más poblada después de Río Negro. Neuquén con una población de 550.344 habitantes y Río Negro con 633,374 habitantes. Es decir que Neuquén registró un aumento del 16,3 % en comparación al censo de 2001, contra un aumento nacional del 10,1%.

Asimismo, el crecimiento vegetativo es del 16, % en 2001, y en 2010 es del 21,9%, lo que arroja un un crecimiento vegetativo del 26 por mil en 10 años. Entre 1960 y 2017 Neuquén aumentó la población 6 veces, teniendo aproximadamente a la fecha 550.000 habitantes, posicionándose en la segunda provincia de la Patagonia en densidad poblacional. Por otro lado tiene una esperanza de vida de 81,97 años para las mujeres y de 74,43 años para los varones.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputados Movimiento Popular Neuquino

Es la provincia con menor tasa de morbo - mortalidad infantil. Posee la tasa de natalidad más alta del país, con 17,5 nacimientos vivos, contra el 16,7 de nacimientos vivos a nivel nacional.

En lo que concierne a infraestructura de Salud, la Secretaría de salud proyecta una ampliación correspondiente al Hospital de Rincón de Los Sauces de 17.000 metros cuadrados, donde se brindarán distintas prestaciones de salud. El Proyecto de concurso para el Hospital de Alta Complejidad Norpatagónico, con más de 35.000 metros cuadrados, se presenta como el efector propio de salud más importante de la Región en relación a su complejidad. También se encuentra en construcción el nuevo Hospital Público en San Martín de Los Andes, con internación de 300 camas y todas las especialidades de salud, será un Hospital de Derivación en la Zona Sur de la Provincia de Neuquén.

También se observa un crecimiento de infraestructura de atención de salud del sector privado, y se han duplicado el número de camas. Un ejemplo es el Sanatorio San Agustín, y se proyecta un final de obra con mayor cantidad de servicios de internación. Lo mismo ocurre con la Clínica San Lucas que se encuentra en proceso de ampliación de la planta física, donde se proyecta duplicar el sistema de internación materno infantil.

En el mismo sentido, el aumento de la población de la tercera edad, ha comenzado a desarrollar instituciones de distintos niveles de complejidad dedicadas a la rehabilitación y cuidados gerontológicos, campo laboral receptor de profesionales de Enfermería, para la atención directa de sus residentes.

La creación de las carreras de Enfermero/a universitario y de Licenciado/a en enfermería en la localidad de Zapala, se hace más que necesaria ante este panorama de múltiples complejidades a las cuales habrá que dar respuesta.

Su localización, en la ciudad de Zapala, responde a la situación estratégica de esta ciudad localizada en el medio geográfico de la provincia del Neuquén, a la cual se puede acceder desde cualquier lugar de la provincia, con caminos en muy buenas condiciones, y sistemas de transporte consolidados, con una infraestructura acorde a su tamaño y posibilidades de crecimiento.

Por las razones expuestas solicitamos a Ud. y a los Diputados y Diputadas de esta Honorable Cámara, den tratamiento y aprobación al presente proyecto de Comunicación.

Mail para comunicar la sanción
jrivero@legnqn.gob.ar

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	132
PROYECTO N°	14190
CARÁCTER	<i>Declaración</i>

Iniciador:

Caparroz Maximiliano (MPN); Du Plessis María Laura(MPN); Abdala Lorena Vanesa(MPN); Chapino Germán Armando(MPN); Gaitán Ludmila (MPN); Murisi Liliana (MPN); Ortuño López José Natalio(MPN); Rivero Javier Alejandro(MPN); Villone María Fernanda (MPN); Sánchez Carlos(UNPO); Gallia Fernando Adrián (FRE.NU.NE); Riccomini Carina Yanet(JUN)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo la realización de la "Jornada de intercambio de experiencias por el Mes del Compostaje", organizado por la Subsecretaría de Ambiente de la provincia, destinada a los referentes ambientales de los municipios, a realizarse el 7 de abril de 2021 en forma online.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino

Neuquén, 19 de marzo de 2021

Señor Presidente
Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Cr. Marcos Koopmann
Su Despacho

De nuestra mayor consideración;

Los que suscriben la presente, tienen el agrado de dirigirse a Usted y por su intermedio a la Honorable Legislatura, con el objeto de remitir para su tratamiento el proyecto de Declaración adjunto.

Sin otro particular, saludan a Ud. muy atentamente.

DU PLESSIS Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.20 06:45:00 -06'00'

ABDALA Firmado digitalmente por ABDALA Lorena Vanesa
Fecha: 2021.03.20 10:14:03 -03'00'

ORTUÑO LOPEZ Firmado digitalmente por ORTUÑO LOPEZ Jose Natalio
Fecha: 2021.03.22 09:45:01 -03'00'

VILLONE Firmado digitalmente por VILLONE Maria Fernanda
Fecha: 2021.03.23 08:35:31 -03'00'

RIVERO Firmado digitalmente por RIVERO Javier Alejandro
Fecha: 2021.03.19 16:14:12 -03'00'

GAITAN Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.21 14:22:17 -03'00'

RICCOMINI Firmado digitalmente por RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.22 11:21:28 -03'00'

SANCHEZ Firmado digitalmente por SANCHEZ Carlos Enrique
Fecha: 2021.03.22 12:28:09 -03'00'

CAPARROZ Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.19 13:00:29 -03'00'

CHAPINO Firmado digitalmente por CHAPINO Germán Armando
Fecha: 2021.03.20 20:07:02 -03'00'

MURISI Firmado digitalmente por MURISI Liliana Amelia
Fecha: 2021.03.22 09:06:19 -03'00'

GALLIA Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.22 12:06:59 -03'00'



***Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino***

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
DECLARA:**

Artículo 1° De interés del Poder Legislativo la realización de la “Jornada de intercambio de experiencias por el MES DEL COMPOSTAJE” llevada a cabo por la Subsecretaría de Ambiente de la Provincia del Neuquén, destinada a los referentes ambientales de los distintos municipios de forma *online*, a desarrollarse el día 7 de abril del corriente, en ocasión del “mes del compostaje”.

Artículo 2° Comuníquese a la Subsecretaría de Ambiente de la Provincia del Neuquén.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino

FUNDAMENTOS

Si bien es variable con el lugar, época del año y nivel socioeconómico, entre otros factores, se estima que, entre el 30-50% del peso de una bolsa de residuos generada en los hogares es de tipo orgánico por lo que podría ser tratada mediante el proceso de compostaje.

El compostaje es un proceso controlado, ordenado y acelerado, respecto a lo que sucede en forma natural donde un residuo orgánico se transforma en humus, tierra fértil. Consistiendo el proceso, básicamente en administrar apropiadamente cuando así lo requiera aireación, riego y temperatura. En el año 2020, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible de la Nación adhirió a la campaña "Mes del compostaje" mediante la Resolución 92/2020 - mes que se celebra entre el 22 de marzo (Día del Agua) y el 22 de abril (Día de la Tierra) a nivel internacional, y que tiene entre sus objetivos concientizar sobre la problemática de los residuos y difundir la práctica del compostaje -, con el objeto de promover campañas orientadas a aumentar el grado de conocimiento del tema y la capacitación desde el organismo.

Es por ello que la Subsecretaría de Ambiente de la Provincia organiza el 7 de abril a las 10 am del corriente, de manera *online*, "La Jornada por mes del compostaje", en la cual lo importante será el intercambio de experiencias entre los distintos organismos municipales que estén especializados en la materia, para facilitar y fortalecer, los procesos del compostaje en el territorio Provincial.

Se trata de un espacio mediante plataforma virtual donde se abordarán temas y experiencias tales como, "buenas prácticas de compostaje a nivel institucional", "compostaje barrial", "compostaje a escala municipal", "residuos orgánicos", entre otros.

Además, otra de las actividades previstas en conmemoración al mes del compostaje será la entrega a los distintos municipios de composteras en fecha a confirmar.

Es por todo lo expresado, que solicitamos a nuestros pares nos acompañen con la sanción del presente proyecto de Declaración.

Mail para la comunicación de la sanción:

labdala@legnqn.gob.ar

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	133
PROYECTO N°	14191
CARÁCTER	<i>Declaración</i>

Iniciador:

Caparroz Maximiliano (MPN); Du Plessis María Laura(MPN); Abdala Lorena Vanesa(MPN); Chapino Germán Armando(MPN); Gaitán Ludmila (MPN); Murisi Liliana (MPN); Ortuño López José Natalio(MPN); Rivero Javier Alejandro(MPN); Villone María Fernanda (MPN); Sánchez Carlos(UNPO); Gallia Fernando Adrián (FRE.NU.NE); Riccomini Carina Yanet(JUN)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo el dictado de la Diplomatura de Extensión Universitaria Virtual: Elementos para la Comprensión y la Acción en Contextos de Relaciones Interculturales, impulsada por la Municipalidad de Aluminé y el gobierno de la provincia del Neuquén.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 4

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino

Neuquén, 19 de marzo de 2021

Señor Presidente
Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Cr. Marcos Koopmann
Su Despacho

De nuestra mayor consideración;

Los que suscriben la presente, tienen el agrado de dirigirse a Usted y por su intermedio a la Honorable Legislatura, con el objeto de remitir para su tratamiento el proyecto de Declaración adjunto.

Sin otro particular, saludan a Ud. muy atentamente.

DU PLESSIS
Maria Laura
Firmado digitalmente por DU PLESSIS Maria Laura
Fecha: 2021.03.20
06:48:16 -03'00'

RIVERO
Javier Alejandro
Firmado digitalmente por RIVERO Javier Alejandro
Fecha: 2021.03.19
16:15:09 -03'00'

CAPARROZ
Maximiliano Jose
Firmado digitalmente por CAPARROZ Maximiliano Jose
Fecha: 2021.03.19
13:08:21 -03'00'

ABDALA
Lorena Vanesa
Firmado digitalmente por ABDALA Lorena Vanesa
Fecha: 2021.03.20
10:17:44 -03'00'

CHAPINO
Germán Armando
Firmado digitalmente por CHAPINO Germán Armando
Fecha: 2021.03.20
20:04:45 -03'00'

GAITAN
Ludmila
Firmado digitalmente por GAITAN Ludmila
Fecha: 2021.03.21
14:22:45 -03'00'

MURISI
Liliana Amelia
Firmado digitalmente por MURISI Liliana Amelia
Fecha: 2021.03.22
09:08:06 -03'00'

ORTUÑO
O LOPEZ
Jose Natalio
Firmado digitalmente por ORTUÑO LOPEZ Jose Natalio
Fecha: 2021.03.22
09:41:48 -03'00'

RICCOMINI
Carina Yanet
Firmado digitalmente por RICCOMINI Carina Yanet
Fecha: 2021.03.22
11:21:58 -03'00'

GALLIA
Fernando Adrian
Firmado digitalmente por GALLIA Fernando Adrian
Fecha: 2021.03.22
12:09:22 -03'00'

VILLONE
Maria Fernanda
Firmado digitalmente por VILLONE Maria Fernanda
Fecha: 2021.03.23
08:33:29 -03'00'

SANCHEZ
Z Carlos Enrique
Firmado digitalmente por SANCHEZ Carlos Enrique
Fecha: 2021.03.22
12:28:57 -03'00'



***Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino***

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
DECLARA:**

Artículo 1° De interés del Poder Legislativo el dictado de la Diplomatura de Extensión Universitaria Virtual: Elementos para la Comprensión y la Acción en Contextos de Relaciones Interculturales impulsada en conjunto por la Municipalidad de Aluminé, el Gobierno de la Provincia del Neuquén, a través de la Secretaría de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), la asistencia técnica y financiera del Consejo Federal de Inversiones, la Universidad Nacional del Comahue, a través de la Secretaría de Extensión Universitaria, y la Universidad de La Frontera de la República de Chile.

Artículo 2° Comuníquese a la Municipalidad de Aluminé, a la Secretaría de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE) de la Provincia, al Consejo Federal de Inversiones, a la Universidad Nacional del Comahue y a la Universidad de La Frontera.



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino

FUNDAMENTOS

La Municipalidad de Aluminé junto con el Gobierno de la Provincia del Neuquén, a través de la Secretaría de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE), y la asistencia técnica y financiera del Consejo Federal de Inversiones, ha impulsado el dictado de una Diplomatura virtual de Extensión Universitaria “Elementos para la Comprensión y la Acción en Contextos de Relaciones Interculturales” realizada de manera conjunta con la Universidad Nacional del Comahue, a través de la Secretaría de Extensión Universitaria, y la Universidad de La Frontera, institución pública de educación superior con base en Temuco (Rep. de Chile).

Se enmarca en el Programa de Formación Universitaria en el Territorio, llevado adelante por la Secretaría del COPADE junto con la Universidad Nacional del Comahue, con el objetivo de identificar las demandas locales de formación profesional y proponer, de manera articulada con los gobiernos locales, actividades de formación universitaria mediante el formato de diplomaturas, brindando una verdadera posibilidad de formación y empleo genuino a la ciudadanía. Ha permitido ofrecer, por primera vez, oportunidades de formación académica en diversas localidades por parte de la Universidad.

Esta iniciativa para Aluminé y la microrregión sur de la provincia del Neuquén, surge con la necesidad de brindar elementos para la comprensión y la acción en situaciones de interculturalidad.

Las temáticas vinculadas a la diversidad e interculturalidad son objeto de un interés constante en la región, por la heterogeneidad de la conformación socio-cultural del área y la búsqueda de espacios para fortalecer los diálogos y consensos.

Las condiciones de la emergencia sanitaria producida por la pandemia en curso hacen inviable un abordaje presencial y territorialidad física y empírica a la problemática. Al mismo tiempo, las condiciones de aislamiento y distanciamiento generadas como medidas preventivas, dan marco a nuevas formas de interacción e intersubjetividad que es preciso identificar y comprender en sus alcances.

La propuesta está dirigida a miembros, referentes sociales y comunidades originarias, docentes, agentes del sector salud, del sector turístico, comerciantes, agentes de fuerzas de seguridad, agentes de parques nacionales, empleados y empleadas del sector público en general y los/las ciudadanos/ciudadanas que interactúan en Aluminé y sus áreas de influencia directa. Asimismo, agotado el cupo local y microrregional, se considerará la participación de habitantes de otras regiones de la provincia del Neuquén.

Los requisitos para realizar esta Diplomatura de Extensión Universitaria son: ser mayor de 18 años, tener título secundario completo y ser habitante de la provincia del Neuquén. De acuerdo a las condiciones de presentación de los y las postulantes se analizaron y realizaron excepciones debidamente fundamentadas.

Contando con un cupo máximo de 200 participantes, una vez cerrada la etapa de preinscripción en el mes de enero 2021, se recibieron más de 350 inscripciones, dando lugar a la etapa de evaluación, con los objetivos de:: 1). establecer condiciones de equidad de todos y todas las postulantes; 2). asegurar la diversidad étnico-sociocultural y la paridad de género. 3). reunir



Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén Bloque Diputadas y Diputados Movimiento Popular Neuquino

información relevante para su posterior descripción y análisis en orden a obtener de manera progresiva niveles de conocimiento más profundo acerca de la realidad local y regional 4). Verificar residencia en la provincia del Neuquén.

Esta Diplomatura es una oportunidad para el aprovechamiento integral de las tecnologías de la información y comunicación para la realización de actividades organizadas en torno a contenidos específicos para el tratamiento de la diversidad e interculturalidad. También lo es para profundizar, en y desde las experiencias personales y/o grupales, una mayor sensibilización sobre el tema, estimular la predisposición para etapas de mayor formalización académica terciaria y/o universitaria y generar ámbitos de contención a través de la comunicación significativa que reconozca la importancia de los discursos y prácticas del otro.

El inicio de la Diplomatura, está previsto para el 6 de abril 2021 y tendrá una duración de 9 meses. Dada la importancia de contar en nuestro interior neuquino con nuevos espacios de aprendizaje y con la temática descripta en particular, es que solicitamos a los Diputados y Diputadas su acompañamiento con la sanción de la presente Declaración.

Mail para la comunicación de la sanción:
mvillone@legnqn.gob.ar

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	134
PROYECTO N°	14192
CARÁCTER	Declaración

Iniciador:

Rioseco Teresa(FT); Mansilla Mariano(FT); Parrilli María Lorena(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se establece de interés del Poder Legislativo el 26.º aniversario del fallecimiento del primer obispo de la diócesis del Neuquén, Don Jaime Francisco de Nevares, a conmemorarse el 19 de mayo de 2021.

Observaciones:

23/3/2021 Fojas: 5

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

Neuquén, 23 de Marzo de 2021.-

SEÑOR PRESIDENTE

Cr. Marcos Koopmann

Su Despacho:

Nos dirigimos a usted y por su intermedio a la Honorable Cámara que preside- a efectos de solicitarle tenga a bien considerar el tratamiento del proyecto de Declaración que se adjunta a la presente.

Sin otro particular, lo saludo muy atentamente.

**MANSILLA
GARODNIK
Mariano Victorio**

Firmado digitalmente por
MANSILLA GARODNIK
Mariano Victorio
Fecha: 2021.03.23 21:25:24
+09'00'

**RIOSECO
Teresa**

Firmado digitalmente
por RIOSECO Teresa
Fecha: 2021.03.23
09:08:53 -03'00'

**PARRILLI
Maria Lorena**

Firmado digitalmente
por PARRILLI Maria
Lorena
Fecha: 2021.03.23
10:46:44 -03'00'



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN
D E C L A R A:**

Artículo 1º: De interés del Poder Legislativo el 26º Aniversario del fallecimiento del primer Obispo de la diócesis del Neuquén, Don Jaime Francisco de Nevares, a conmemorarse el 19 de Mayo de 2021.-

Artículo 2º: Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial y al Obispado Neuquino.-



**Honorable Legislatura de la Provincia del Neuquén
Bloque FRENTE DE TODOS**

FUNDAMENTOS:

Jaime Francisco de Nevares, nació el 29 de enero de 1915 en la Ciudad de Buenos Aires. Se recibió de abogado en la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1940 y ejerció la profesión durante cinco años.

En 1945 ingresó en la Congregación Salesiana y fue ordenado sacerdote el día 25 de Noviembre de 1951 en la ciudad de Córdoba. Juan XXIII lo preconizó obispo en el año 1961 de la diócesis de Neuquén, la que a su vez fue creada ese mismo año.

Participó como Padre conciliar en las cuatro sesiones del Concilio Vaticano II y en la II Conferencia General del Episcopado Latinoamericano realizada en Colombia.

Don Jaime se destacó por su temprana opción por los pobres, los más humildes, los trabajadores, los marginados y por su férrea defensa por los derechos humanos en las épocas más oscuras de nuestra historia argentina, fue también un gran intermediario ante autoridades nacionales y provinciales por los derechos de los pueblos originarios.

Entre los años 1969-1970, intervino en las huelgas de los obreros de la construcción de la represa El Chocón, así fue como lo llamaron “el obispo del choconazo”, logró que el justo reclamo laboral no fuera reprimido por las fuerzas de seguridad.

De Nevares adhirió a la Iglesia al Equipo Diocesano de Pastoral Aborigen, creando los equipos pastorales de Migraciones, Social y Carcelaria. Fundó junto con dirigentes nacionales y otras autoridades eclesásticas, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos y luego, el Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos.

En el año 1978 durante el conflicto limítrofe con Chile defendió la paz y la hermandad entre los pueblos, en igual sentido se pronunció por el conflicto de las Islas Malvinas, en el año 1982, abogando siempre por la paz.

Con el retorno de la democracia, fue miembro de la CONADEP en los años 1983 y 1984, convocado por el Presidente de la Nación, Dr. Raúl Alfonsín.

Don Jaime renuncia al cargo de obispo en 1991 puesto que había cumplido los

75 años de edad de acuerdo a lo establecido por el derecho canónico. Se retiró al Santuario de San Cayetano en el Parque Industrial de la ciudad de Neuquén y en Agosto de ese mismo año se lo nombró obispo emérito.

Fue elegido Convencional constituyente para la Reforma de la Constitución Argentina en el año 1994, pero renunció por fuertes diferencias y denuncias hacia la convención.

Jaime De Nevares murió el 19 de Mayo de 1995 en la ciudad de Neuquén, una multitud lo despidió durante dos días, allí se expresaron profundas muestras de afecto, dolor y agradecimiento.

Algunos de los premios con los cuales fue distinguido: *Pehuén de Plata* (Gobierno provincial del Neuquén), *Doctorado Honoris Causa* (Universidad Nacional del Comahue), *Orden Bernardo O'Higgins en el grado de Gran Oficial* (Gobierno de Chile), por su labor a favor de los migrantes chilenos, *Vecino ilustre de la ciudad del Neuquén* (Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Neuquén), otro importante premio fue el que recibió bajo el título que le confirió la Comunidad Huayquillán de Colipilli, nombrándolo "*PEÑI*" (hermano en mapuche) en 1990.

Juan San Sebastián, lo recuerda: "(...) el obispo sigue siendo para los Argentinos la voz segura que orienta en los momentos difíciles, voz que se fundamenta en el Evangelio. Es aplaudido por muchos que se sienten interpretados por él y respetado por los que no están de acuerdo con sus posturas porque siempre ha sido consecuente con las ideas que defendió, ante quien fuere, y no tuvo miedo de defender la verdad en momentos en que hablar era arriesgar la vida. Este es el Obispo de Neuquén, que dejó la Capital Federal para venirse a la Patagonia, que dejó su título de Doctor para ser el abogado de los más pobres, y que dejó su familia y su posición social para entregar su vida al pueblo sencillo."

En virtud que el próximo año se cumplirán 106 años del nacimiento de Don Jaime, entendemos procedente y justo otorgar un reconocimiento desde esta institución legislativa a una de las personalidades más importantes y destacadas que habitaron este suelo neuquino.

Don Jaime de Nevares con su vida marcó la historia de nuestra provincia, trascendiendo sus fronteras con su mensaje de amor al prójimo.

Por la importante tarea por él desarrollada, en plena dictadura militar, por su

legado, por su compromiso social y religioso, su quehacer humanitario, se convirtió en un referente para todos, sin distinción de religión, raza o nacionalidad, un maestro de la vida a través del sacerdocio, fiel al evangelio trabajó por la felicidad de todos y en especial de los más pobres y excluidos, “la voz de los que no tienen voz”, esa fue su elección de vida.

Por todo lo expuesto, solicitamos a esta Cámara que acompañe con su pronunciamiento y posterior sanción, el presente proyecto de Resolución.

Año: 2021

DIPUTADOS

EXPTE. N°	137
PROYECTO N°	14195
CARÁCTER	Resolución

Iniciador:

Martínez María Soledad(FT); Gutiérrez María Ayelén (FT); Bertoldi Rosales Gonzalo Dario(FT); Fernández Novoa Sergio(FT); Parrilli María Lorena(FT); Peralta Osvaldo Dario(FT)

EXTRACTO:

Por el cual se solicita a la ministra de Salud, Dra. Andrea Peve, que informe sobre el funcionamiento del Sistema Integrado de Emergencias de Neuquén (SIEN).

Observaciones:

23/3/2021 Folios: 3

Cuerpos: Nro:0 - Fj. Inicio:1 Fj. Fin:-

-

COMISIONES INTERVINIENTES:

SANCIÓN:



Neuquén, 19 de marzo de 2021

Honorable Legislatura de Neuquén

Al Señor Presidente

Presidente. Marcos Gabriel Koopmann Irizar

Su Despacho

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted y, por su intermedio, a la Honorable Cámara que preside con el fin de remitirle, para su consideración y oportuno tratamiento, el presente proyecto de resolución.

Sin otro particular nos despedimos atentamente,

PARRILLI
Maria Lorena

Firmado digitalmente por
PARRILLI Maria Lorena
Fecha: 2021.03.19 14:31:56
-03'00'

MARTINEZ
Maria
Soledad

Firmado digitalmente
por MARTINEZ Maria
Soledad
Fecha: 2021.03.19
12:24:34 -03'00'

GUTIERREZ
María
Ayelén

Firmado
digitalmente
por
GUTIERREZ
María Ayelén
Fecha:
2021.03.22
08:29:17
-03'00'

BERTOLDI
ROSALES
Gonzalo
Dario

Firmado
digitalmente por
BERTOLDI
ROSALES Gonzalo
Dario
Fecha: 2021.03.19
20:16:04 -03'00'

PERALTA
Oswaldo
Dario

Firmado
digitalmente
por PERALTA
Oswaldo Dario
Fecha:
2021.03.19
11:02:43
-03'00'

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio
Daniel

FERNANDEZ
Eduardo
Sergio Daniel
2021.03.22
10:05:41
-03'00'

Diputado Dario Peralta | Bloque del Frente de Todos | (0299) 449 3759



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN RESUELVE:

Artículo 1º: Solicitar a la Sra. Ministra de Salud, Dra. Andrea Peve, que informe sobre el funcionamiento del Sistema Integrado de Emergencias de Neuquén (SIEN), consignando, en particular:

- a) si se ha requerido a los médicos que prestan servicios en el Sistema que realicen guardias en el hospital Castro Rendón; y
- b) si los móviles del Sistema cuentan con la dotación de profesionales médicos y de enfermería necesaria para garantizar una adecuada atención prehospitalaria;
- c) el detalle de los móviles de distintas clases con los que cuenta en la actualidad;
- d) el detalle del personal profesional y auxiliar destinado a brindar el servicio de salud en situaciones de emergencia con los que cuenta en la actualidad
- e) si se cumple lo dispuesto en el artículo 5º de la ley N° 2.870 en lo relativo a las calificaciones del Coordinador Médico del Sistema

Artículo 2º: Comuníquese al Ministerio de Salud de la provincia.



FUNDAMENTOS

Durante el día 14 del corriente médicos del Sistema Integrado de Emergencias de Neuquén (SIEN) se manifestaron en la sede del Sistema en Ciudad deportiva de la ciudad en rechazo a la decisión que habría tomado el Ministerio de Salud de la provincia de trasladar a profesionales de servicios prehospitarios al hospital Castro Rendón para realizar guardias sin un acuerdo previo de ellos. Esta decisión, según plantearon los profesionales, se enmarcaría en un proceso de “vaciamiento” del SIEN, en la medida en que la cobertura de sus servicios quedaría reducida significativamente.

El SIEN ha tenido un rol de gran importancia en la respuesta sanitaria a la pandemia por Covid-19, realizando hisopados y asistiendo a las familias aisladas en sus domicilios. Al mismo tiempo, mantuvo su actividad regular en la atención de eventualidades de distinto tipo. Su profesionalización en los últimos años ha redundado en una mejora sustancial en la la primera atención a personas en situación de emergencia.

Dada la importancia que tiene el SIEN dentro del sistema de salud de la provincia y la gravedad de la situación que denuncian sus profesionales, solicitamos a nuestros pares su acompañamiento al presente proyecto de resolución, en la que se solicita a la Sra. Ministra de Salud que informe sobre el funcionamiento del Sistema.



RESOLUCIÓN 1107

La Legislatura de la Provincia del Neuquén

Resuelve:

Artículo 1.º Solicitar al Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén la inclusión como grupo prioritario en la campaña actual de vacunación contra el coronavirus SARS-CoV-2 a las trabajadoras y trabajadores de merenderos y comedores comunitarios.

Artículo 2.º Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial.

DADA en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura Provincial del Neuquén, a los veinticuatro días de marzo de dos mil veintiuno.- - - - -


LEGISLATURA
PROVINCIA DEL NEUQUÉN
María Eugenia Ferraresso
Secretaria de Cámara


LEGISLATURA
PROVINCIA DEL NEUQUÉN
Firmado digitalmente
Marcos G. Koopmann
Presidente



La Legislatura de la Provincia del Neuquén

Comunica:

Artículo 1.º Solicitar a la Honorable Cámara de Diputados de la Nación que dé pronto tratamiento y aprobación al proyecto de ley, Expediente 7011-D-2020, referido a la incorporación de los artículos 239 bis y ter al Código Penal, a fin de tipificar como delitos las violaciones a las órdenes de protección cautelares de restricción domiciliaria o de no acercamiento a lugar o persona, por considerarlo esencial para ampliar la protección a las víctimas de violencia familiar y de género.

Artículo 2.º Que sugiere la siguiente redacción para el artículo 239 bis que se incorporará al Código Penal:

«Artículo 239 bis Será reprimido con prisión de dos a seis años el que desobedezca las medidas cautelares especificadas en los incisos a) y b) del artículo 4.º de la Ley nacional 24 417 y con toda otra medida ordenada para proteger la integridad psicofísica o la vida de una víctima de violencia de género y/o familiar. La pena será de cumplimiento efectivo».

Artículo 3.º Solicitar al Congreso de la Nación Argentina que se incorpore una modalidad agravada al Capítulo IV, «Abuso de autoridad y violación de los deberes de los funcionarios públicos», del Código Penal para los casos que, con motivo o en ocasión de los delitos regulados por los artículos 248 y 249 de esa norma, cumplan los siguientes supuestos:

- a) Se ponga en peligro a una víctima de violencia de género y a su grupo familiar.
- b) Resulte violentada la vida, la integridad psicofísica y/o sexual de la víctima de violencia de género o la de su grupo familiar.

Artículo 4.º Comuníquese al Congreso de la Nación Argentina, al Poder Ejecutivo provincial y a los representantes de la provincia del Neuquén ante el Congreso de la Nación Argentina.

DADA en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura Provincial del Neuquén, a los veinticuatro días de marzo de dos mil veintiuno.-----



Planilla del sorteo de abogados integrantes del Jurado de Enjuiciamiento

<div>VOLVER AL TRATAMIENTO</div> 		SORTEO DE ABOGADOS/AS PARA EL JURADO DE ENJUICIAMIENTO	
Fecha: 10/02/2021	Revisión: 03	Código: RO-DDL.01.16	Pág. 1 de 1
REGISTRO OPERATIVO DEL SGC			

SORTEO ABOGADOS/AS

(Art. 268 inc. c) Constitución Provincial – Art. 2º inc. c) Ley 1565)

Números Titulares

Profesional

1º 0 6 5 11

Kuvatov, Nadia

2º 0 8 9 4

Pajares, Juan Domingo

Números Suplentes

Profesional

1º 0 1 0 5

Bascur, Carlos Fabián

2º 0 1 5 9

Briongos, Marina Edith

COMISIÓN ESPECIAL (Art. 18 inc. c) Ley 1565)

(Sorteo de abogados/as)

Números Titular

Profesional

1 1 3 1

Sandoval, Victoria Magdalena

Números Suplentes

Profesional

1º 1 2 0 3

Talarico, Juan Manuel

2º 0 8 9 0

Oyarzabal, Roberto Rafael

Recinto de Sesiones, 24 de Marzo de 2021.
Firman veedores:

Reunión N° 6

Prosecretaría Legislativa

Dir. General Legislativa

Dir. Despacho Legislativo

VOLVER AL TRATAMIENTO

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Reunión	Año 2021
Tema de agenda	3a Sesion Ordinaria 24 de Marzo 2021
Número de votación	0001
Nombre	
Tipo	Parlamentaria
Tema	
Inicio de votación a las: 24/03/2021 01:07:05 p.m Fin de votación a las: 24/03/2021 01:10:05 p.m.	

Resultados totales

Asistencia de votación		
	Presente en la votación	29
	Presente y no votado	0
Respuestas		
	Sí	29
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0

Datos complementarios:

L Período Legislativo – Reunión 6 – 3.ª Sesión Ordinaria – 24/03/2021

Asunto: Expte. O-24/21 – Proy. 14 152.

Presidente: Koopmann Irizar

Obs.: Tratamiento en general. No se registra la presencia ni votación de la diputada Jure.

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Resultados de grupo

FT	Sí	9
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
JC	Sí	5
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
Juntos	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
MPN	Sí	9
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
P.D.C	Sí	2
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
PTS-FIT	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
SIEMPRE	Sí	2
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Resultados individuales

Yes		
	Caparroz Maximiliano J.	MPN
	du Plessis María L.	MPN
	Quiroga María A.	JC
	Gutiérrez María A.	FT
	Rioseco Teresa	FT
	Mansilla Mariano V.	FT
	Riccomini Carina Y.	Juntos
	Murisi Liliana A.	MPN
	Gass Cesar A.	JC
	Esteves Leticia I.	JC
	Ortuño Lopez Jose	MPN
	Martinez Maria S.	FT
	Chapino German A.	MPN
	Parrilli Maria L.	FT
	Bertoldi Gonzalo D.	FT
	Peressini Andres A.	SIEMPRE
	Gaitan Ludmila	MPN
	Salaburu Soledad	FT
	Rivero Javier A.	MPN
	Peralta Osvaldo D.	FT
	Campos Elizabeth E.	P.D.C
	Abdala Lorena V.	MPN
	Montecinos Karina	JC
	Bonoti Maria L.	SIEMPRE
	Villone Maria F.	MPN
	Coggiola Carlos A.	P.D.C
	Blanco Tomas A.	PTS-FIT
	Aquin Luis R.	JC
	Fernandez Novoa Sergio	FT

VOLVER AL TRATAMIENTO

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Reunión	Año 2021
Tema de agenda	3a Sesión Ordinaria 24 de Marzo 2021
Número de votación	0003
Nombre	
Tipo	Parlamentaria
Tema	

Inicio de votación a las: 24/03/2021 01:32:34 p.m. Fin de votación a las: 24/03/2021 01:35:35 p.m.

Resultados totales

Asistencia de votación		
	Presente en la votación	32
	Presente y no votado	0
Respuestas		
	Sí	31
	No	1
	Abstención	0
	No votado	0

Datos complementarios:

L Período Legislativo – Reunión 6 – 3.ª Sesión Ordinaria – 24/03/2021

Asunto: Expte. D-96/21 – Proy. 14 154.

Presidente: Koopmann Irizar

Obs.: Tratamiento en general. No se registra la presencia ni votación de la diputada Jure.

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Resultados de grupo

FRE.NU.NE	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
FRIN	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
FT	Sí	9
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
JC	Sí	5
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
Juntos	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
MPN	Sí	9
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
P.D.C	Sí	3
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
PTS-FIT	Sí	0
	No	1

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

SIEMPRE	Abstención	0
	No votado	0
	Sí	2
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0

Resultados individuales

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Yes	Caparroz Maximiliano J.	MPN
	du Plessis María L.	MPN
	Quiroga María A.	JC
	Gutiérrez María A.	FT
	Rioseco Teresa	FT
	Mansilla Mariano V.	FT
	Rols Fancisco J.	FRIN
	Gallia Fernando A.	FRE.NU.NE
	Riccomini Carina Y.	Juntos
	Murisi Liliana A.	MPN
	Gass Cesar A.	JC
	Esteves Leticia I.	JC
	Ortuño Lopez Jose	MPN
	Martinez María S.	FT
	Chapino German A.	MPN
	Parrilli Maria L.	FT
	Muñoz Jose R.	P.D.C
	Bertoldi Gonzalo D.	FT
	Peressini Andres A.	SIEMPRE
	Gaitan Ludmila	MPN
	Salaburu Soledad	FT
	Rivero Javier A.	MPN
	Peralta Osvaldo D.	FT
	Campos Elizabeth E.	P.D.C
	Abdala Lorena V.	MPN
	Montecinos Karina	JC
	Bonoti Maria L.	SIEMPRE
	Villone Maria F.	MPN
	Coggiola Carlos A.	P.D.C
	Aquin Luis R.	JC
	Fernandez Novoa Sergio	FT
No	Blanco Tomas A.	PTS-FIT

[VOLVER AL TRATAMIENTO](#)

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Reunión	Año 2021
Tema de agenda	3a Sesión Ordinaria 24 de Marzo 2021
Número de votación	0004
Nombre	
Tipo	Parlamentaria
Tema	
Inicio de votación a las: 24/03/2021 02:05:39 p.m. Fin de votación a las: 24/03/2021 02:06:23 p.m.	

Resultados totales

Asistencia de votación	Presente en la votación	29
	Presente y no votado	0
Respuestas	Sí	29
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0

Datos complementarios:

L Período Legislativo – Reunión 6 – 3.ª Sesión Ordinaria – 24/3/2021

Asunto: Expte. D-941/20, Proy. 14 019 y ags. Expte. D-901/20, Proy. 13 977 y
Expte. D-922/20, Proy. 14 000

Presidente: Koopmann Irizar.

Obs.: Tratamiento en general. La diputada Jure no registra presencia ni votación.

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

Resultados de grupo

FRE.NU.NE	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
FRIN	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
FT	Sí	6
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
JC	Sí	5
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
Juntos	Sí	1
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
MPN	Sí	9
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
P.D.C	Sí	3
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0
PTS-FIT	Sí	1
	No	0

Software de Conferencias DCN-SW

Resultados de votación

SIEMPRE	Abstención	0
	No votado	0
	Sí	2
	No	0
	Abstención	0
	No votado	0

Resultados individuales

Yes		
	Caparroz Maximiliano J.	MPN
	du Plessis María L.	MPN
	Quiroga María A.	JC
	Gutiérrez María A.	FT
	Mansilla Mariano V.	FT
	Rols Fancisco J.	FRIN
	Gallia Fernando A.	FRE.NU.NE
	Riccomini Carina Y.	Juntos
	Murisi Liliana A.	MPN
	Gass Cesar A.	JC
	Esteves Leticia I.	JC
	Ortuño Lopez Jose	MPN
	Martinez Maria S.	FT
	Chapino German A.	MPN
	Parrilli Maria L.	FT
	Muñoz Jose R.	P.D.C
	Peressini Andres A.	SIEMPRE
	Gaitan Ludmila	MPN
	Salaburu Soledad	FT
	Rivero Javier A.	MPN
	Peralta Osvaldo D.	FT
	Campos Elizabeth E.	P.D.C
	Abdala Lorena V.	MPN
	Montecinos Karina	JC
	Bonoti Maria L.	SIEMPRE
	Villone Maria F.	MPN
	Coggiola Carlos A.	P.D.C
	Blanco Tomas A.	PTS-FIT
	Aquin Luis R.	JC

Registro de asistencia de diputados a sesiones

<div>VOLVER AL INICIO</div> 		REGISTRO DE ASISTENCIA DE DIPUTADOS/AS A SESIONES	
Fecha: 10/02/2021	Revisión: 03	Código: RO-DDL.01.04	Pág. 1 de 1
REGISTRO OPERATIVO DEL SGC			

3.ª Sesión Ordinaria

Reunión N.º 6

NÓMINA DE DIPUTADOS/AS	PRESENTE	AUSENTE		OBSERVACIONES
		Con aviso	Sin aviso	
ABDALA, Lorena Vanesa	✓			
AQUIN, Luis Ramón	✓			
BERTOLDI ROSALES, Gonzalo Darío	✓			
BLANCO, Tomás Andrés	✓			
BONOTTI, María Laura	✓			
CAMPOS, Elizabeth	✓			
CAPARROZ, Maximiliano José	✓			
CASTELLI, Lucas Alberto	✓			
CHAPINO, Germán Armando	✓			
COGGIOLA, Carlos Alberto	✓			
DU PLESSIS, María Laura	✓			
ESTEVEZ, Leticia Inés	✓			
FERNÁNDEZ NOVOA, Sergio	✓			
GAITÁN, Ludmila	✓			
GALLIA, Fernando Adrián	✓			
GASS, César Aníbal	✓			
GUTIÉRREZ, María Avelén	✓			Se incorpora durante la sesión.
JURE, Patricia Noemí	✓			
MANSILLA GARODNIK, Mariano Victorio	✓			
MARTÍNEZ, María Soledad	✓			
MONTECINOS, Karina	✓			
MUÑOZ, José Raúl	✓			
MURISI, Liliana	✓			
ORTUÑO LÓPEZ, José Natalio	✓			
PARRILLI, María Lorena	✓			
PERALTA, Osvaldo Darío	✓			Se incorpora durante la sesión.
PERESSINI, Andrés Arturo	✓			
QUIROGA, María Avelén	✓			
RICCOMINI, Carina Yanet	✓			
RIOSECO, Teresa	✓			
RIVERO, Javier Alejandro	✓			
ROLS, Francisco José	✓			
SALABURU, María Soledad	✓			
SÁNCHEZ, Carlos Enrique		✓		
VILLONE, María Fernanda	✓			
TOTALES:	34	1		La sesión comenzó con 32 diputados.

HLN, 24 de Marzo de 2021

DIRECCIÓN DE DIARIO DE SESIONES

Directora a/c
PERTICONE, Sandra Marisa

Subdirector a/c
RODRÍGUEZ, Rubén Antonio

Jefa División Diario de Sesiones y Suscriptores
GODOY, Lorena

Jefa División Edición Material Legislativo a/c
Téc. CAICHEO, Andrea Alejandra

Staff
CARRASCO, Leonardo José
ZVITAN, Carlos Esteban