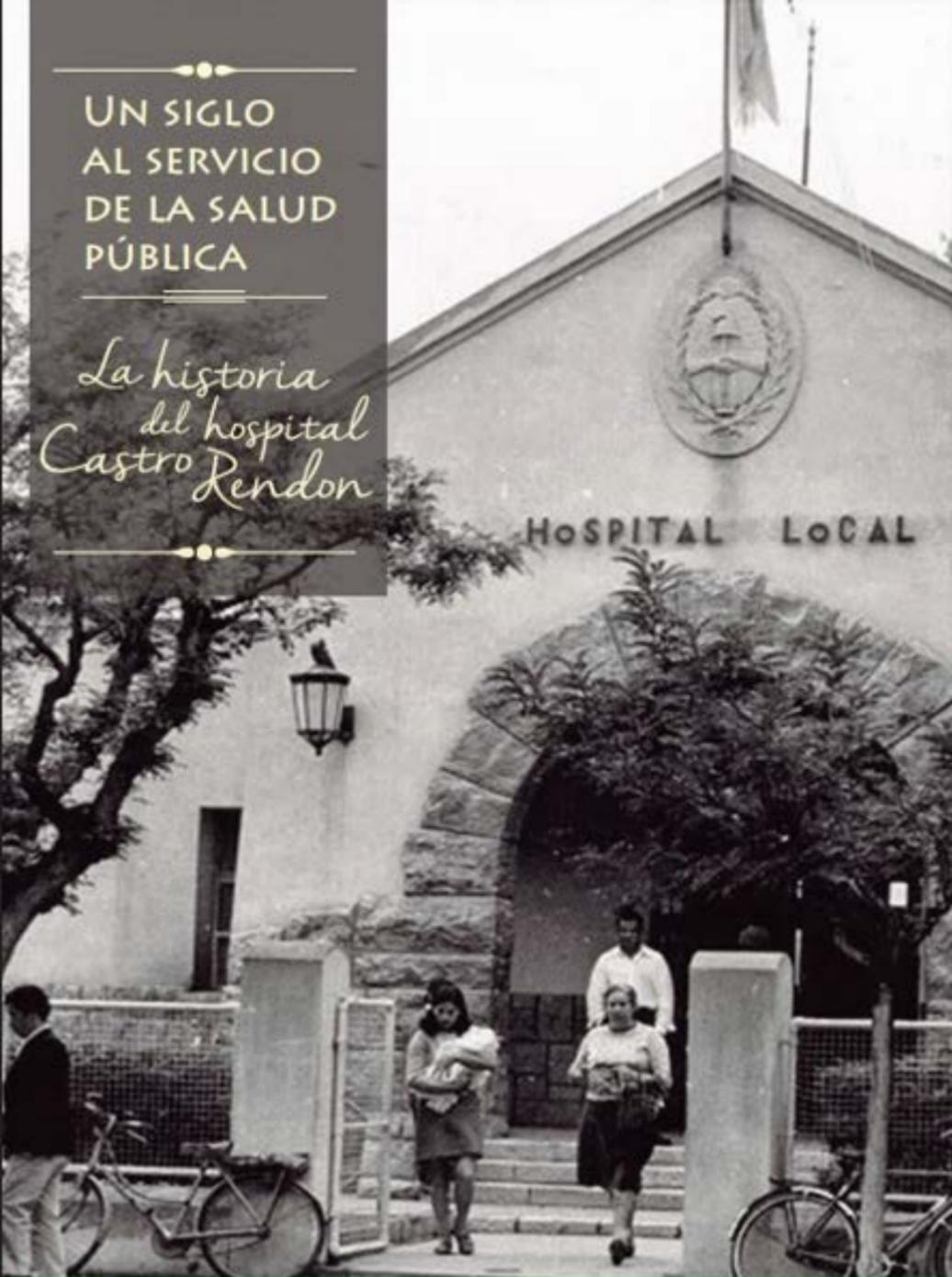

UN SIGLO
AL SERVICIO
DE LA SALUD
PÚBLICA

*La historia
del hospital
Castro Rendon*



Enrique Mases - Daniel Caminotti - Joaquín Perren
Fernando Casullo - María Beatriz Gentile - Francisco Camino Vela

UN SIGLO AL SERVICIO DE LA
SALUD PÚBLICA
LA HISTORIA DEL HOSPITAL CASTRO RENDÓN



Universidad Nacional del Comahue

UN SIGLO AL SERVICIO DE LA
SALUD PÚBLICA
LA HISTORIA DEL HOSPITAL CASTRO RENDÓN

Enrique Mases
Daniel Caminotti
Joaquín Perren
Fernando Casullo
María Beatriz Gentile
Francisco Camino Vela
Grupo de Estudios de Historia Social (GEHiSo)

educó

Editorial de la Universidad Nacional del Comahue

Neuquén – 2014

UN SIGLO AL SERVICIO DE LA SALUD PÚBLICA
LA HISTORIA DEL HOSPITAL CASTRO RENDÓN
Enrique Mases, Daniel Caminotti, Joaquín Perren, Fernando
Casullo, María Beatriz Gentile, Francisco Camino Vela

Un siglo al servicio de la salud pública : la historia del Hospital Castro Rendón /
Enrique Hugo Mases ... [et.al.]. - 1a ed. - Neuquén : EDUCO - Universidad
Nacional del Comahue, 2015.

260 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-604-415-8

1. Historia Regional. I. Mases, Enrique Hugo
CDD 982.72

Diseño de tapa: Facundo Correa

*Agradecimiento a la Cooperadora del hospital Castro Rendón y al bloque del MPN de la
legislatura provincial por los fondos recibidos para hacer posible la impresión del libro*

Educo

Director: Luis Alberto Narbona

Departamento de diseño y producción: Enzo Dante Canale

Departamento de comunicación y comercialización: Mauricio C. Bertuzzi

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

©- 2014 – **educo** - Editorial de la Universidad Nacional del Comahue

Buenos Aires 1400 – (8300) Neuquén – Argentina

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio,
sin el permiso expreso de **educo**.



INDICE

<i>Presentación.</i>	
Adrián Lammel	7
<i>Introducción.</i>	
Enrique Mases	9
<i>Capítulo 1: De la Asistencia Pública al Hospital. Políticas nacionales. Carencias locales.</i>	
Enrique Mases y Daniel Caminotti	13
<i>Capítulo 2: La etapa de la universalización de la salud. 1945-1970.</i>	
Joaquín Perren y Fernando Casullo	59
<i>Capítulo 3: El Hospital entre 1970 y 1983: de la primavera setentista a lo años blindados de la dictadura.</i>	
María Beatriz Gentile	97
<i>Capítulo 4: El Hospital desde los ochenta a la actualidad: resistencias y avances.</i>	
Francisco Camino Vela	153
<i>Autores</i>	239

PRESENTACIÓN

En el año 2008 cuando me hice cargo de la conducción del Hospital Castro Rendón sabía que faltaban pocos años para que el Hospital cumpliera 100 años.

Desde entonces comencé a buscar registros escritos sobre la institución, no encontré ninguno de fácil acceso. Sólo referencias atomizadas en algún archivo histórico.

Considero que es muy importante tener un escrito que nos hable de la historia de las instituciones. Nuestro querido hospital debía contar con uno. Mucha gente, a lo largo del tiempo, ha sido parte de la construcción de esa historia, aportando su tiempo, su energía, sus conocimientos, su vida, en forjar esta emblemática institución.

Siento la obligación de dejar plasmado en un escrito todo este tiempo transcurrido, pensando en que las futuras generaciones puedan encontrar en un libro el reflejo de las vivencias institucionales. Por eso les solicité a Enrique y Francisco y a su grupo de historiadores de la Universidad Nacional del Comahue, que investiguen y nos relaten sobre sus 100 años de historia.

Por supuesto que siempre será una mirada que aportará a la construcción de una integral más amplia.

El tejido social esta sostenido por las instituciones que la comprenden, a nosotros, los que pasamos por el “H.P.N” en estos cien años nos tocó construir esta institución, para todos los neuquinos. Por lo tanto este libro es un homenaje a todos los que han pasado y contribuido con él. Me refiero no solo al personal que trabajó y trabaja en el hospital, sino también a los que hemos necesitado de sus servicios como pacientes.

A medida que se avanza en la lectura del libro, verán cómo fue cambiando nuestro hospital y su contexto a lo largo del centenario transcurrido. La institución que se creó en 1913 era muy diferente de

la actual, y será muy distinta a la de hoy cuando llegue al bicentenario, aunque persistan de su inicio los valores de servicio público de salud. Por supuesto que toda historia es atravesada por conflictos y armonías, encuentros y desencuentros, igualdades y diferencias, que van marcando la crisis del crecimiento. Este libro ayudará a interpretar esas tensiones y enriquecerá la institución, poniendo luz en desentrañar nuestro querido trabajo de servicio en salud.

La historia es lo que nos pasa cotidianamente, y escribir sobre esa cotidianeidad arma el rompecabezas de la secuencia de la vida. Reconstruir esa secuencia nos permite encontrarle sentido a los hechos sobresalientes que marcan la existencia.

Como siempre se dice, la historia continúa... Y otros serán los que seguirán contándola...

Adrián Lammel
Director General Hospital Provincial Neuquén

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a dudas rememorar la centenaria historia del hospital Castro Rendón es no sólo recuperar el pasado de buena parte de la salud pública de Neuquén sino también del devenir histórico de la ciudad de Neuquén y del entorno provincial.

Y en ese recorrido, siguiendo el derrotero que marcó la impronta de lo que fue la asistencia pública desde los comienzos hasta esta compleja institución actual con su multiplicidad de servicios, vemos que el mismo está atravesado por continuidades y rupturas y aún por singularidades que lo convierten en una expresión particular de la salud pública en el ámbito regional.

En efecto, en el marco de estas permanencias y cambios, debemos señalar que el camino que sigue el hospital desde sus comienzos hasta los inicios de la década del setenta está íntimamente relacionado con las decisiones y acciones que lleva adelante el Estado nacional. Es decir, nada de lo que sucede en materia de salud en el territorio de Neuquén en general y en la ciudad capital en particular está alejado de las políticas sanitarias nacionales.

Sin embargo, esta estrecha relación se va a modificar sustancialmente cuando a principios de los setenta desde la órbita provincial se implementan una serie de lineamientos que dan lugar al recordado plan de salud el cual marca no solo un hito importante en la historia de la salud en la provincia sino que además muestra una llamativa especificidad respecto del escenario nacional.

Un segundo aspecto a tener en cuenta en el desarrollo histórico de esta institución hospitalaria tiene que ver con el fuerte paralelismo que se va dando en términos de complejización con la ciudad que lo cobija, ya que en la medida que este pequeño conglomerado inicial se va convirtiendo con el transcurrir de los años no solo en la ciudad más importante de la provincia sino en el

centro de un área metropolitana, de la misma manera crece en complejidad esta institución hospitalaria ampliando sus servicios para atender una demanda cada vez más amplia en términos cuantitativos pero también en cuanto a demandas específicas respecto al servicio de salud.

En cambio donde si encontramos una fuerte continuidad, que permanece casi inalterable en estos cien años del hospital, es en relación al compromiso y aporte de sus recursos humanos. Desde la heroicidad con que acometen sus funciones los primeros médicos, enfermeros y personal de servicio hasta la comprometida participación de la actual planta de personal hay una constante que atraviesa todo el periodo estudiado y que tiene que ver con el compromiso profesional que demuestran diariamente todos los actores involucrados en el funcionamiento y sostenimiento del hospital público, más allá de los avatares y difíciles circunstancias por las que tuvieron que atravesar a partir de las crisis coyunturales que periódicamente se abatieron sobre el sistema de salud. Compromiso además que está ligado a la concepción de la salud como derecho, como derecho a una atención integral basado en los principios de calidad, eficacia, accesibilidad e igualdad.

En cuanto a la estructura del libro el mismo se articula a través de cuatro capítulos, a saber: El primero “De la Asistencia Pública al Hospital. Políticas nacionales. Carencias locales” abarca desde los primeros años de la vida territorialiana hasta la llegada del peronismo y fue escrito por Enrique Mases y Daniel Caminotti. El segundo “La etapa de la universalización de la salud” centra el análisis entre los años 1945 y 1970 y fue elaborado por Fernando Casullo y Joaquin Perren. El tercero titulado “El Hospital entre 1970 y 1983: de la primavera setentista a lo años blindados de la dictadura” estuvo a cargo de Beatriz Gentile, y finalmente el cuarto y último denominado “El Hospital desde los ochenta a la actualidad: resistencias y avances” que lleva la firma de Francisco Camino Vela.

En definitiva, en las páginas siguientes el lector no solo encontrará los hitos principales que jalonan la evolución histórica del hospital provincial “Castro Rendón”, sino además, el devenir de sus actores los que con sus esfuerzos, aún en escenarios adversos, ayudaron a construir y mantener esta rica historia.

En cuanto a los aspectos metodológicos debemos señalar que al no ser específicamente este libro un trabajo de investigación aplicada sino que el mismo tuvo también y fundamentalmente la característica de una publicación de homenaje, las fuentes consultadas, además de los archivos oficiales y privados y las publicaciones de la época, fueron en gran medida los testimonios aportados por los testigos y los propios actores de esta historia. En este sentido, expresamos nuestro sincero agradecimiento a: María Airolde, Daniel Allende, Isabel Álvarez, Mario Raul Bertoni, Esteban Bonorino, Alba Churrarin, Daniel Correa, Mabel Egea, Antonio García, Nelly Garro, Teresa Giacinti, Armando Kremer, Gabriela Luccheti, Coco Mantilaro, David Pedemonte, Osvaldo Pellin, Carlos Ramón, José “Pino” Russo, Alberto Videla, Mabel Zapata y especialmente al Dr. Miguel Pulita.

También agradecemos al Dr. Adrián Lammel, actual Director del Hospital, la confianza depositada en el Grupo de Estudios de Historia Social (GEHiSo) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Comahue, para llevar a cabo la confección de esta historia.

Finalmente, queremos señalar que mientras se desarrollaba la investigación que se concretaría en esta publicación sufrimos la pérdida irreparable de uno de los miembros del equipo. Sin lugar a dudas Demetrio Taranda fue un académico crítico y un agudo y sagaz analista de la sociedad neuquina, de sus actores sociales y de los conflictos que en su seno se sucedieron. Para él nuestro recuerdo y nuestro compromiso intelectual para seguir contribuyendo con

nuestro esfuerzo investigativo en la construcción de una sociedad más libre y más justa.

Dr. Enrique Mases
Director del GEHiSo

CAPÍTULO 1: DE LA ASISTENCIA PÚBLICA AL HOSPITAL. POLÍTICAS NACIONALES. CARENCIAS LOCALES

Enrique Mases y Daniel Caminotti

El panorama territorialiano a principio de siglo

En los comienzos del siglo XX Neuquén es un territorio aislado y escasamente poblado cuyos habitantes mayoritariamente se ubican en el área rural. Los pocos núcleos urbanos,¹ entre los que se encontraba la que sería luego la ciudad de Neuquén contaban con una mínima presencia estatal representada por comisaría y juzgado de paz, oficina de correos y telégrafos, alguna escuela primaria y sus pobladores como lo señalan Blanco, Gentile y Quintar *“llevaban, en general, una vida caracterizada por la pobreza y el sacrificio”*.²

En el resto del territorio solo existían parajes con una población rural dedicada fundamentalmente a la actividad ganadera, y a cierta agricultura de subsistencia aunque esta última actividad se va a incrementar notablemente a partir de 1910 con las obras de irrigación en la porción del Alto Valle neuquino. Este panorama económico se completa con la actividad minera, la que crece significativamente a partir de 1918, con el descubrimiento de petróleo en Plaza Huinul.

En cuanto, a las vías de comunicación las mismas estaban compuestas por caminos principales con cierta transitabilidad a los que se sumaba una amplia red de caminos secundarios y sendas muchos de los cuales, por factores climáticos, resultaban

¹ Seis son los pequeños pueblos instalados en el territorio: Chos Malal, Las Lajas, Junín de los Andes, San Martín de los Andes, Zapala y Neuquén.

² BLANCO, Graciela y otros. *Neuquén: 40 años de vida institucional*. Neuquén, COPADE-CEHIR, 1998. Pag. 18.

intransitables en determinadas épocas del año. La llegada del ferrocarril a la confluencia de los ríos Neuquén y Limay a principios de siglo y su prolongación luego hasta Zapala permitió ampliar y mejorar la conectividad de una parte importante del territorio y además estimular la diversificación de las actividades económicas al abrir una vía alternativa de la producción territorial hacia Bahía Blanca y Buenos Aires.

Completando esta breve descripción del escenario territorial debemos señalar que la marcada dependencia administrativa y económica de los gobiernos de turno respecto del Estado Nacional sumado a la limitante política de sus habitantes que no podían ejercer sus derechos ciudadanos ya que no estaban habilitados para votar a las autoridades nacionales ni elegir al gobernador del territorio sumado a que tampoco tenían representación legislativa sin duda conspiraba no solo en cuanto al progreso de Neuquén sino también a la calidad de vida de sus habitantes.

Precisamente las carencias administrativas, las trabas presupuestarias, de transporte, sumado a la falta de autonomía y a los problemas de vinculación con el centro político y burocrático de decisión nacional, afectaron seriamente algunos servicios esenciales para la comunidad como los de educación y salud.

En el primer caso, la escasez de maestros, la implementación de planes de estudios poco apropiados a la realidad territorial y una infraestructura absolutamente escasa y precaria, donde se destacaban las escuelas-rancho sin el más mínimo confort, rebelaban un panorama poco alentador respecto a la educación.

La salud por su parte también era una asignatura pendiente ya que la atención sanitaria de la población era casi nula ante la falta de infraestructura pero fundamentalmente la alarmante falta de profesionales sanitarios.

Cuadro N° 1: Profesionales sanitarios en el Territorio Nacional del Neuquén. Año 1895.

Profesiones

Curanderos	-
Dentista	-
Enfermero	-
Farmacéutico	1
Médico	1
Partera	-
Otras*	1
Total	3

Fuente: DI LISCIA, María Silvia. *Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX)* En *Entrepasados Revista de Historia* Año XVII N° 33 comienzos de 2008. pp-65.

*Se incluyen flebotomos, químicos y veterinarios.

Por lo tanto las dolencias y enfermedades que aquejaban a sus habitantes, o bien se resolvía a través de la medicina popular o bien a través de algunos idóneos que munidos de ciertas publicaciones, de circulación en la época, como el *Diccionario de Medicina Popular Chernoviz* ayudaban a superar la emergencia.³ Y en aquellos escasos

³ A propósito de esto, un ejemplo más que oportuno, es el siguiente relato de un maestro rural en el territorio de La Pampa que para la misma época, recurre a este tipo de bibliografía para suplir la falta de profesionales médicos. "A las 4 ½ vino la Sra. de Fraga acompañada de la viejita de Yanca, indígena de no menos de cien años de edad, que se encuentra enferma y vino a pedirme algunos remedios con la confianza de que con ellos ha de curar, yo no quiero negarle ese consuelo, creo que sus dolencias provienen de su avanzada edad unido a la escasez de medios con que viven pero haremos por humanidad "curarlo todo" en bien de semejante doliente; se siente mal del estomago, para que tome mañana en la mañana le di una pastilla Purgen de las recomendadas para los enfermos que guardan cama, suave y benigna, su edad avanzada lo requiere; quiere tomar algo para que le asiente bien las comidas, una porción gomosa de 8 gms., goma arábica lavada en 370 gms. de agua y con dos cucharadas de azúcar, le duele un lado de la cabeza, creo será neuralgia, le di un frasco agua sedativa para que se friccione, le han salido unos granos como erupción por la espalda y la cintura, un poco de vaselina fenicada con

lugares donde funcionaban una botica o una farmacia también, quienes estaban al frente las mismas, intentaban suplir esta ausencia de los profesionales de la salud.

En realidad, este escenario no difería sustancialmente del que mostraban otros territorios nacionales para la misma época. Como bien señala María Silvia Di Liscia “*Los territorios nacionales representaban tal vez los extremos más remotos del ideal higiénico, en un conjunto nacional plagado por dificultades en su infraestructura higiénica, por la escasez de profesionales e instituciones hospitalarias adecuadas y hasta por la incapacidad de registro estadístico de las variables demográfico-médicas*”.⁴

Ahora bien ¿Cuál es la política de salud del gobierno nacional para estas nuevas divisiones administrativas creadas en 1884?

Desde la creación de los Territorios Nacionales, es el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, era el organismo encargado de velar por la salud de sus habitantes. El mismo respondía a la lógica impulsada por una política de intervención médica y sanitaria, especialmente a partir del momento en que los médicos higienistas estuvieron en condiciones de implementar sus estrategias. Los higienistas proponían que *los gobiernos debían cuidar la salud del pueblo* y evitar la propagación de enfermedades a través de una intervención decidida (reglamentación y prohibición) que garantizara las condiciones de higiene indispensable entre los pobres.⁵ Teniendo como antecedentes las epidemias de la segunda mitad del siglo XIX,

aceite de almendra dulces, para ponerse sobre la erupción después de haberla lavado con agua tibia y jabón, á las 6 ½ se fueron muy contentos agradecidos.”

Fuente: JARRIN, Manuel L. *Libro de observaciones diarias y apuntes. Colonia General Emilio Mitre. Depto. 13. S. VIII Escuela N° 58.* En SALOMÓN TARQUINI, C. y LANZILLOTA, M. *Un Quijote en La Pampa: los escritos de Manuel Lorenzo Jarrin (1883-1942).* Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano, 2011. Pag. 170.

⁴ DI LISCIA, María S., *op. cit.*, pág. 49-50.

⁵ SURIANO, Juan. *Compilador. La cuestión social en Argentina 1870-1943.* Buenos Aires, La Colmena. 2000.

este pensamiento higienista planteaba primero en el ámbito local y luego nacional (y aquí entraban los territorios), que la necesaria intervención médica eliminaría las plagas y limitaría el contagio, en beneficio de toda la sociedad.

Por lo tanto, una de sus primeras medidas tendientes a paliar esta falta de presencia estatal en la vida sanitaria de los territorios fue la implementación de las denominadas “expediciones sanitarias” cuya estrategia consistía en la inmunización masiva con campañas de vacunación en toda la geografía territorialiana. En realidad, si bien el nivel sanitario en estos confines era ampliamente deficitario igualmente las epidemias, particularmente las de viruela y el tifus se convertían en verdaderos azotes para la población sin distinción de edad o condición social. En cambio, la escarlatina, el sarampión, la tos convulsa reclutaba sus víctimas entre los más pequeños.

A fin de paliar esta situación se organizan misiones de profesionales con el objetivo de transmitir normas higiénicas para evitar epidemias y a la vez avanzar en campañas de vacunación. Completada la misión los funcionarios debían confeccionar un informe sumamente detallado donde además de constar la cantidad de vacunados y sus domicilios también debían incluir una multiplicidad de datos relacionados con información demográfica del Registro Civil, enfermedades infecciosas, y aspectos médicos geográficos tanto del ámbito rural (clima, suelos, calidad del agua y temperatura), como del medio urbano (calles, edificación pública y privada, recolección de basura, cloacas, situación de los cementerios, mataderos y prostíbulos).

Poder llevar a cabo estas campañas significaba para los vacunadores un notable esfuerzo. Debían recorrer cientos de kilómetros en algunas ocasiones en ferrocarril pero la mayoría de las veces a lomo de caballo o mula por caminos intransitables sufriendo todo tipo de inconvenientes. Por lo tanto requería de estos como lo señala el médico Eugenio Ramírez funcionario del Departamento

Nacional de Higiene “*valor y resistencia (para) salir de un medio civilizado y confortable para llegar, desenvolverse en el medio casi salvaje por la asperidad de los caminos, del suelo, de la naturaleza*”.⁶

El mismo funcionario, después de recorrer por más de dos meses el territorio neuquino, a lomo de la recua de mulas provista por el ejército y con la colaboración de la policía que reclutaba a los pobladores para llevar adelante la vacunación, informaba a sus superiores que: “*hemos vacunado 3.568 personas, según los registros presentados a la Oficina de la Sección 1°. Este trabajo se ha practicado con los elementos que hemos dispuestos y que conoce el Sr. Presidente: un médico, tres vacunadores, 42 mulas y 700 pesos para gastos de movilidad; recorrimos más de 150 leguas de territorio y llevamos los beneficios del profiláctico a poblaciones las más apartadas y perdidas en los repliegues infinitos de las sierras del norte del Neuquén*”.

Y en cuanto a la tarea llevada a cabo en la capital del Territorio el citado profesional informaba que: “*En la estación terminal del F. C. Sud, en el punto designado como capital del Neuquén, hemos alcanzado la cifra de 690 vacunados, a pesar de que no existe una planta urbana regular de edificación a ambos lados de las delineadas en el plano. La población, sin embargo, se encuentra esparcida por el extenso arenal a derecha e izquierda de la vía férrea. Se ve que es un pueblo que se levanta con relativa rapidez.*”

El informe continuaba en una segunda parte donde se asentaban las observaciones del funcionario acerca de la geografía del territorio, su clima e hidrología, la población asentada, sus hábitos alimentarios y los aspectos educativos particularmente la infraestructura escolar. Luego de tan minucioso informe y a modo de conclusión del mismo, el Dr. Ramírez no dudaba en afirmar, no sin un dejo de ironía, que: “*No hay enfermedades propias en esa región,*

⁶ RAMIREZ, E. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Año 1905. Pp. 331.

*si es que el adelanto actual de la ciencia no puede considerar enfermedad el atraso intelectual, el abandono de las comodidades de la vida, la miseria económica de los pobladores (de la) áspera e ingrata región del Neuquén”.*⁷

Estas campañas de vacunación fueron bastante frecuentes durante los años 1905 y 1907 y también se vuelven a reiterar entre 1908 y 1911, según los informes publicados por los Anales pero con la particularidad que ahora muchos de ellos están confeccionados por los médicos de la gobernación.

Para el caso de Neuquén el encargado de llevar adelante las campañas de vacunación y producir el informe es el Dr. Julio Pelagatti el cual había sido designado médico de la gobernación a principios de 1904 cuando la capital todavía estaba asentada en Chos Malal.

Sin embargo, cumplida la primera década del siglo XX y viendo los magros resultados obtenidos las autoridades nacionales deciden rever las políticas de salud implementada hasta esos años en los territorios y avanzan en nuevas acciones que tienen como objetivos una mayor presencia estatal en materia sanitaria a partir de la organización de instituciones públicas las que se materializan con la apertura de asistencias públicas localizadas en cada capital territorialiana incluida Neuquén según veremos más adelante.

En realidad este intento de construir un sistema hospitalario de corte público y nacional se correspondía con lo dispuesto en la ley 4.953 de creación de asilos y hospitales regionales, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores.

La nueva capital del territorio y los servicios de salud

En 1887 la presencia de un caserío en el paraje denominado Confluencia era un dato relevante detectado por las autoridades de

⁷ Idem pp. 337.

aquel momento. En los años siguientes la llegada de una serie de dependencias oficiales del Estado nacional, promovió la expansión de actividades y el arribo de nuevos pobladores. A partir de 1889 sucesivamente se fueron instalando un juzgado de paz, luego una comisaría y ya en 1901 comenzó a funcionar una oficina de Correos y Telégrafo y dos años después se construyó el Palomar Militar.

La llegada del ferrocarril a la Confluencia sin lugar a dudas valorizó las tierras, dada la condición de punta rieles que adquiere la naciente localidad de Neuquén tras la construcción del puente ferroviario en 1902. Un año después, la población predominantemente masculina, se componía de 427 habitantes, 170 argentinos y el resto extranjeros y su población económicamente activa se desglosaba de la siguiente manera: 25% en las actividades oficiales, 8% de propietarios y un 67% conformado por empleados del ferrocarril, actividades comerciales o muy incipientes actividades productivas (herrería, hornos de ladrillos, fábrica de soda y de hielo).

El traslado de la capital de Chos Malal a Neuquén, decisión en la que no estuvo ausente el interés de los poseedores de la tierra en la Confluencia, determinará, al mismo tiempo, un aumento del valor de la misma, y una expansión espacial y poblacional de tal manera que ya en marzo de 1904, al conocerse la noticia del traslado, la población aumentó a 800 personas.

Con la capitalización se instalaron en Neuquén diversas reparticiones públicas que se ubicaron en la zona norte de la ciudad, lo mismo que las actividades financieras y algunos institutos educativos, mientras que en el sur de la playa ferroviaria se fue configurando un espacio comercial y rodeándolo a este en el bajo de la ciudad se levanto un barrio de ranchos en una zona pantanosa, resultado del mal drenaje de las crecientes y la acumulación de agua

de lluvia.⁸ También allí se estableció la *zona de tolerancia* con los primeros prostíbulos.

Hacia 1915, dos años después de creada la institución sanitaria, la planta urbana contaba con 415 propiedades, muchas de ellas terrenos baldíos mientras que la planta rural alcanzaban las 202 quintas y 480 chacras. Merced a la realización de obras de riego se instalaron en los alrededores de Neuquén tres colonias: Nueva España que comprendía 480 hectáreas pobladas por 63 colonos, Bouquet Roldán, con 700 hectáreas y 58 colonos y Valentina, de 636 hectáreas y 69 colonos.

Mientras tanto la expansión comercial vivían una expansión en el periodo, en el seno de una sociedad civil que en una localidad con apenas cuatro mil habitantes, fue capaz de constituir dos sociedades étnicas de Socorros Mutuos, cuatro clubes deportivos, una Asociación de Tiro, una Sociedad de Beneficencia, varios partidos políticos locales y un Centro Obrero.

La heterogeneidad ocupacional, cultural y étnica que manifestó la población durante esta primera etapa no se modificó rápidamente. Con el transcurso del tiempo y la expansión del centro urbano, esta particularidad se haría presente en otros ámbitos de sociabilidad tales como, clubes, asociaciones deportivas y culturales, en lo que se expresaría – no siempre pacífico- el conflicto étnico cultural.

La salud en la capital del territorio

El panorama sanitario de Neuquén cuando se produce el traslado de loa capital es absolutamente deficitario ya que solo cuenta con un profesional médico y una farmacia “la Cordillerana” que abría sus puertas ese mismo año.

⁸ Archivo Municipal de Neuquén. Libro Copiador del Consejo Municipal N° 3 (1911-1912), folios 271 a 273 y 394.

Como es de imaginar la tarea del facultativo resultaba ímproba ya que debía ocuparse simultáneamente de diferentes funciones y acciones: como médico de la gobernación se encargaba entre otras de los peritajes médicos legales, inspecciones sanitarias urbanas y epidemias además los informes anuales sobre la salud en el territorio a partir de las periódicas misiones incluidas las campañas de vacunación. Al mismo tiempo el Dr. Pelagatti también cumplía una intensa actividad en el ámbito de la municipalidad capitalina fundamentalmente en la atención de las epidemias y en el control higiénico de las casas de tolerancias y el combate a las enfermedades venéreas un verdadero azote en la ciudad.

En el primer caso, y a pesar de las mencionadas campañas de vacunación que llevaban adelante los agentes del Departamento Nacional de Higiene y el propio facultativo de la gobernación, las epidemias eran una constante en la vida territorial por lo que periódicamente el Dr. Pelagatti debía volcar todos sus conocimientos y esfuerzos para aminorar la virulencia de las mismas en un escenario sanitario caracterizado por la falta de infraestructura y recursos.

Así en 1908 ante una epidemia de escarlatina y varios casos de coqueluche y tifus, el Dr. Pelagatti aconsejaba a las autoridades municipales una serie de medidas de profilaxis, que debían ser rápidas y enérgicas ante lo delicado de la situación sanitaria de la población. Las mismas consistían en improvisar un lazareto para alojar y aislar allí los pacientes enfermos. Al mismo tiempo realizar una desinfección general de toda la población. Finalmente, y previendo que *“el aislamiento que se ha ordenado podría ser ilusorio sino se tomase medidas de seguridad que lo eviten, solicito se sirva librar oficio al señor Jefe de Policía para que establezca en el mencionado lazareto una custodia permanente que evite la*

*entrada y salida de toda persona no autorizada por esta municipalidad”.*⁹

Al mismo tiempo, las autoridades municipales telegrafían a las autoridades nacionales solicitando el envío urgente de vacunas e instrumentos necesarios para hacer frente a la emergencia sanitaria.

“Comisión Municipal presido ha resuelto dirigirse a Vd. Solicitando telegráficamente dada urgencia caso y por consejo médico gobernación envío brevedad posible doce frascos suero antidiftérico de mil quinientas y dos mil unidades inmunización respectivamente.”

“Además - prosigue el telegrama – una estufa desinfección o siquiera un pulverizador cosas exigidas gravedad situación sanitaria población”

*“Roigámonosle Sr. Presidente nombre salud pública seriamente comprometida con varios casos de escarlatina, fiebre tifus y coqueluche provea conformidad humanitario pedido”.*¹⁰

Días después y ante la desaparición de los últimos vestigios de la epidemia el presidente del Consejo municipal le informaba al Gobernador que por consejo del médico de la gobernación se habían clausurado los Lazaretos sucio y limpio al haber desaparecido la *infección escarlatinosa* que durante un mes y medio había alarmado a la población de la capital. Más adelante, el informe proseguía diciendo que *“La completa desaparición por el momento de la infección que mas arriba menciono, ha sido debido a la actividad desplegada tanto por el médico Doctor Pelagatti como por la colaboración prestada a tiempo por los guardas sanitarios enviados*

⁹ Fuente: Libro copiador de correspondencia del Honorable Consejo Deliberante (desde el 8 de mayo de 1912 al 28 de abril de 1913).

¹⁰ Telegrama “urgente recomendado” de Abel Chaneton al Presidente del Consejo Nacional de Higiene. Buenos Aires, 11 de febrero de 1908. Fuente: Libro copiador de correspondencia del Honorable Consejo Deliberante (desde el 6 de febrero de 1908 al 15 de diciembre de 191a). Folio 06

por el Departamento Nacional de Higiene, señores Espíndola y Viñas Urquiza".¹¹

En cuanto a las enfermedades venéreas, el otro gran problema sanitario de la ciudad de Neuquén el mismo estaba relacionado con la proliferación por esos años de la prostitución, particularmente extendida, en la capital del territorio.

La ausencia de mujeres era un dato singular de la población de aquellos años y ello se relaciona con la irrupción de una importante cantidad de *casas de tolerancia*. En la capital funcionaban entre siete y diez prostíbulos los cuales generalmente eran regenteados por una mujer mayor y contaban con una autorización no escrita de parte de las autoridades. La fama de estos establecimientos trascendía el ámbito local y llegaba también a otros poblados del Alto Valle, desde donde concurrían clientes. En 1910 se volvió a especificar la zona donde debían funcionar: quedó delimitada por las calles Perito Moreno al norte, Montevideo al sur, Bahía Blanca al este y al oeste la calle Río Negro.

Por lo tanto a toda la actividad del Dr. Pelagatti ya mencionada se sumaba el control sanitario de estos establecimientos a fin de prevenir los casos de sífilis y otras enfermedades venéreas. Inspecciones que algunas veces concluían en clausura de esos negocios como lo ocurrido en 1912 cuando el citado facultativo detectó que las *"siete mujeres han resultado enfermas de venéreo sífilítico"* y que *"entre esas mujeres, existen menores de quince años atacadas de sífilis y otras con hijos de tres a siete años de edad"*.¹²

¹¹ Fuente: Archivo de la Municipalidad de Neuquén. Libro copiator de correspondencia del Honorable Consejo Deliberante (desde el 8 de mayo de 1912 al 28 de abril de 1913). Folio 43.

¹² Fuente: Idem folio 48

La primera pueblada territorialiana

Un hecho inédito y a la vez significativo en la vida ciudadana de la capital se produjo en mayo de 1910 cuando por una disposición de las autoridades nacionales se limitó la actividad profesional del Dr. Pelagatti lo que originó una especie de rebelión popular repudiando este hecho.

La reglamentación que daba origen a este proceder estaba íntimamente ligada con el proceso de la profesionalización médica que en función de crear un monopolio profesional petitionó y obtuvo de parte del Estado la implementación de severos mecanismos de sanción y represión cuyo blanco fueron en primera instancia los practicantes irregulares (curanderos y manosantas), pero que luego se extendió a los médicos extranjeros.

En efecto, el creciente número de graduados de las facultades de Medicina del país, sumado a las dificultades que siguieron a las numerosas crisis económicas. Dieron paso a mecanismos de protección frente a lo que se suponía una segunda amenaza: los médicos extranjeros.

El reflejo más claro de estas posturas fueron las disposiciones gubernamentales que prohibieron el ejercicio de la medicina a aquellos galenos extranjeros que no hubieran revalidado su título y, ya en el siglo XX, a quienes estuvieran radicados en lugares donde había profesionales titulados en nuestro país. Si este mecanismo aseguraba una protección económica para los graduados argentinos, en los territorios nacionales, donde los faltantes de profesionales eran evidentes, este tipo de disposición no dejaba de causar problemas.

Este fue el caso que le tocó vivir al Dr. Pelagatti quien en el año 1910 recibió la intimación del Departamento Nacional de Higiene prohibiéndole continuar el ejercicio de sus tareas profesionales ya que al nombrarse a otro facultativo nacional automáticamente le limitaban su autorización profesional. Esta medida fue percibida por los vecinos de la ciudad como una verdadera injusticia teniendo en cuenta la prolífica tarea que este profesional había realizado desde la fundación de la ciudad.

La reacción de éstos fue inmediata y como relata una crónica de la época:

“el pueblo que no entiende mucho de reglamentaciones y se guía solo por los dictados del corazón y el buen sentido, hizo sentir su clamor al unísono con las autoridades municipales. Se cursaron sendos telegramas, con

centenares de firmas y adhesión total del vecindario, que se movilizó en distintas formas, obteniéndose finalmente la revocación de la medida limitatoria.

Lo recordamos por la calidad del hombre en quien se hubiera hecho efectiva una injusticia y por ser uno de los triunfos más celebrados por la población que lo celebró en julio de 1910, brindándole para ello un gran banquete popular llevado a cabo el domingo siguiente 24, en el Hotel Nacional.”

Con conceptos sentimentales y conmovedores, dice la crónica, ofreció la demostración el Sr. Emilio Guiñazú y el joven Samuel Edelman, hizo entrega al homenajeador de un artístico pergamino de su autoría el que contenía numerosas firmas que certificaban el cariño y gratitud del vecindario.

Las palabras de agradecimiento del Dr. Pelagatti también tuvieron un alto contenido emotivo y terminó brindando por la *“prosperidad de Neuquén, por la prosperidad personal de los presentes, sus familias y del fundador de la Capital don Carlos Bouquet Roldan”*.

Fuente: Edelman, Angel. *Recuerdos Territorianos. Los primeros años de Neuquén capital*. Neuquén, 1954. Cap. 68 *“Neuquén reclama y obtiene justicia”* Pag. 139.

La sociedad de beneficencia y el hospital que no fue

La *cuestión social*¹³ para el liberalismo debía resolverse mediante una política sin Estado, que no comprometiera la estructura estatal o

¹³ James Morris refiriéndose al caso chileno, pero válido para nuestro país, define la cuestión social como la totalidad de *“las consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización naciente: una nueva forma del sistema dependiente de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a viviendas obreras, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora: huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores, la policía o los militares y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los trabajadores.”* MORRIS, James. *Las elites, los intelectuales y el consenso. Estado de la*

lo hiciera solo en parte mediante acciones de reglamentación y control. Para ello, entonces, se implementa una estrategia de intervención sobre los pobres apelando a las organizaciones de beneficencia que actuaban de manera conjunta con los poderes públicos. Estas acciones se articulaban a partir de que la Sociedad de Beneficencia se hacía cargo de ciertas instituciones (asilos y casas de huérfanos, casa de expósitos, manicomios y hospitales) y las administraba con los aportes que le otorgaba el Tesoro Nacional.

Este fue un modelo que, con ligeras diferencias, se aplicó en muchos países europeos y también en nuestro país. Sin embargo, este no fue el caso de la Sociedad de Beneficencia conformada en la ciudad de Neuquén porque si bien en su concreción tuvo una activa participación el entonces gobernador del Territorio, Carlos Bouquet Roldan, el que además fue ungido como presidente honorario, en ningún tramo de su existencia recibió aportes oficiales para poder desarrollar su actividad por lo que su intento de construir un hospital para la ciudad terminó en un fracaso precisamente por falta de fondos.

Algunos datos de la época pueden ser útiles para ver la relación habitantes-establecimientos de salud, y en 1910, Neuquén estaba en una situación desventajosa no con las provincias centrales sino con el resto de los Territorios patagónicos.¹⁴

cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile. Santiago, Editorial del Pacífico, 1967.

¹⁴ "Alrededor de 1910: **La Pampa Central** con cerca de 50 habitantes: disponía del hospital en Santa Rosa de Toay, costeadado por la sociedad Damas de Beneficencia. Existe la Administración Sanitaria y Asistencia Pública; hay registro de dentistas, parteras, farmacias y botiquines, mataderos, industrias. Además, desde 1904 se instala el Instituto Correccional de Nuestra Señora del Carmen (para mujeres), sobre el que el DNH ejercía ciertas atribuciones. **Neuquén**, con c. de 28.000 habitantes no tenía hospital, sanatorio, asistencia médica así como tampoco practicaba inspecciones veterinarias. Estaba proyectada una Asistencia Pública y Administración Sanitaria. **Río Negro**, con c. de 14.000 habitantes: con el Hospital San José de los Padres Salesianos (costeado por la congregación y ayuda nacional). **Santa Cruz**, con c. de 5.000 habitantes: con una Estación sanitaria y

En efecto, una vez constituida la comisión que preside la Sociedad su primer objetivo es la creación de un hospital para lo cual nombran un comisión de vecinos notables¹⁵ que van a ser los encargados de la dirección de las obras. En los meses siguientes se abocan a la recaudación de fondos a través de una serie de eventos a los que se suma algunas donaciones. Sin embargo, lo recaudado resulta totalmente insuficiente para completar las obras las que quedan paralizadas según la nota que oportunamente envía el presidente de la Comisión de Higiene de la municipalidad al Congreso de la Nación solicitando fondos para la terminación de la obra. En la misma se detalla: *“que hace varios meses por medio de suscripciones entre los vecinos y autoridades, se consiguieron unos cuantos miles de pesos, con los cuales se pudo empezar las obras de un Hospital público, hasta darle a sus muros la altura de 1 metro, pero por falta de fondos se suspendieron las obras”*.

Y en cuanto a la importancia del mismo se afirma que: *“Un hospital en Neuquén es de imperiosa necesidad. A principios de este año, se desarrolló en esta Capital la epidemia de difteria de carácter crupal, haciendo numerosas víctimas entre los adultos y la infancia. Esta Comisión con sus exiguos recursos, organizó un lazareto, pero que lazareto, ¡tuvo que alquilar ranchos y galpones con ese objeto!...”*¹⁶

Asistencia Pública en Río Gallegos. *Tierra del Fuego*, con c. de 1800 habitantes, un Hospital en Ushuaia, costado por la Comisión de Fomento”. *Guía del Departamento Nacional de Higiene, 1912, Sección Territorios Nacionales, s/d, p. 883-93, citado en Sánchez, Norma Isabel “La Higiene y los Higienistas en la Argentina (1880-1943)” Ed. Sociedad Científica de Argentina, Buenos Aires, 2007, Pág. 126-127.*

¹⁵ La comisión estaba integrada por el propio gobernador Carlos Bouquet Roldan, el comerciante Pedro Linares y el médico de la gobernación Julio Pelagatti. Archivo Histórico de la provincia de Neuquén. Nota de la presidenta.

¹⁶ Nota del presidente de la comisión de higiene de la municipalidad Benito Izquierdo a la Cámara de Senadores del Congreso Nacional. 5 de diciembre de 1908. En AHPN Libro Copiador del H.C. D. Folio 172.

Pero más allá de este primer fracaso lo que resulta interesante de observar es como desde muy temprano en la ciudad la atención de la salud fue una preocupación de los pobladores de la capital. Pero además los intentos por dotar de una institución médica que pudiera intervenir en los aspectos sanitarios nos muestran al mismo tiempo la capacidad de esa sociedad para intentar resolver las dificultades que suscitaba esta falta de un establecimiento sanitario y a la vez también suplir la ausencia del propio Estado.

La primera asistencia pública

La Ley 7414, sancionada en 1912 a instancia del Dr. Ángel Penna, denominada de *Defensa Sanitaria*, establecía que en cada capital de provincia o de territorio un denominado *centro de profilaxis* para prevenir enfermedades infecto contagiosas. Esta dependencia, incluía al médico de la gobernación y uno o dos guardias sanitarios y tenía como objetivo principal mantener a disposición del personal un equipo completo de desinfección, indispensables en el caso de epidemias.

De esta manera, como señala María S. Di Liscia “*Las formas “portátiles” de asistencia sanitaria, con mayor movilidad, ceden paso al establecimiento local de representaciones del Departamento en los Territorios Nacionales*”.¹⁷

Por falta de fondos, el Departamento Nacional de Higiene, y gracias al apoyo de los gobiernos provinciales, solo pudo crear cuatro de estos establecimientos (dos en Córdoba, uno en Catamarca y uno en Jujuy). Pero al año siguiente si se realizó la apertura formal de asistencias públicas en ocho capitales de territorios incluida Neuquén aunque en esta capital ya venía funcionando de tiempo atrás.

¹⁷ DI LISCIA, María, *op. cit.*, pp. 60.

Este modelo asistencial se referenciaba en la antigua Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, fundada en 1883 y nacionalizada en 1892, con la creación de la Administración Sanitaria. Desde sus inicios había jugado un rol fundamental no solo en lo atinente a la salud sino también en el campo más amplio de la *cuestión social*, ya que entre sus atribuciones y múltiples acciones se incluían la visita a los conventillos, la vacunación forzosa y la confección de un registro de vecindad y pobreza donde debían obligatoriamente inscribirse quienes deseaban recibir los servicios médicos gratuitos.

Precisamente Ángel Penna había sido su director años antes de ocupar el máximo cargo en la administración sanitaria nacional por lo que no parece casual que se halla insistido en ese modelo de asistencia sanitaria para replicarlo a nivel nacional.

Si bien no tenemos el contenido de los discursos inaugurales para el caso de Neuquén si en cambio conocemos las exposiciones de los funcionarios que usaron de la palabra en la inauguración de otras sedes territorianas y en ellas campea un discurso común donde está presente fuertemente la impronta del progreso y en donde se destaca que la puesta en funcionamiento de estos centros sanitarios significaban *una nueva conquista del desierto*, no ya como antaño por las fuerzas militares sino por “*sacerdotes también de un culto menos misterioso porque es más humano, el culto a la salud y a la vida*”.¹⁸

En definitiva, tanto Penna como los funcionarios que lo acompañaban en la administración sanitaria nacional estaban convencidos que la implantación de la Asistencia Pública, nacida en Buenos Aires –el centro del progreso argentino–, paradójicamente también podía cumplir su misión civilizadora en los territorios

¹⁸ Anales del Departamento Nacional de Higiene. Año 1913. Pp. 1170-1171.

nacionales, que eran vistos, por esos mismo actores, como las antípodas de ese progreso.

Volviendo a Neuquén y en relación a la puesta en marcha de la Asistencia Pública local debemos decir que el Gobernador Eduardo Elordi informaba al elevar, a principios de 1912, la Memoria correspondiente al año 1911, que ya tenía el nombre del facultativo que se encargaría de la Asistencia Pública a erigirse en la Capital territorialiana. Y en mayo del año siguiente es el presidente del Consejo Municipal acusaba recibo de una similar en la que el médico *“comunica a éste H. Concejo que se ha hecho cargo de la Dirección de la Estación Sanitaria y Asistencia Pública de esta Capital y expresa su condición como único facultativo titular de la localidad”*.

Pero a poco de entrar en funciones la actividad de este profesional fue puesta en tela de juicio por funcionarios municipales generando una controversia entre los propios vecinos y que alcanzo repercusión en el propio Congreso Nacional.

En efecto, en mayo de 1913 Abel Chaneton presidente del Consejo Municipal enviaba al diputado nacional Nicolás Repetto una nota en la cual expresaba su queja respecto a la actuación profesional del Dr. Robledo; concretamente lo acusaba de discriminar en la atención a los pacientes de condición más humilde. Al mismo tiempo ampliaba sus críticas respecto del mal funcionamiento de la Asistencia Pública.

Enterados de la misiva y de su contenido, rápidamente un grupo de caracterizados vecinos, asumió la defensa del Director de la Asistencia la que se expresó también en una carta remitida al diputado Repetto desmintiendo las acusaciones y críticas del presidente del Consejo. En ella hacían referencia a los servicios eficaces y desinteresados cumplidos del Dr. Robledo y que además *“nos consta que la gente proletaria es atendida con solicitud por el médico que nos ocupa”*.

Y en cuanto a los cargos que se hacían al funcionamiento de la asistencia pública planteaban que: *“nos consta igualmente que si ella no presta los servicios que debe, no es por culpa del doctor Robledo, puesto que hará apenas ocho días que el Consejo Nacional de Higiene ha remitido la dotaciones necesarias, y que, a pesar de esto , el doctor Robledo, como los empleados que lo acompañan, han prestado sus servicios profesionales a todo aquél que los ha requerido, improvisando camas y pagando medicinas y alimentos del peculio particular del médico”*.¹⁹

Pasado este incidente, pocos días después tuvo lugar el acto formal de inauguración de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública Nacional y puesta en funciones de su director el Dr. Ventura Robledo según el acta labrada al efecto:

NEUQUEN, capital del Territorio Nacional del Neuquén, a los 28 días del mes de junio del año 1913, constituidos en el local de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública Nacional, con el objeto de proceder a la inauguración oficial de la misma, el señor Gobernador del Territorio, don Eduardo Elordi, el doctor Antonino Zavalía, representación del Presidente del Departamento Nacional de Higiene, doctor José Penna, el señor Director de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, doctor Ventura Robledo y demás firmantes, abrió el acto el señor Gobernador declarando inaugurado los servicios de la misma institución. Firmados: Eduardo Elordi, A. Zavalía, Ventura Robledo, E. Rodríguez Iturbide, Simón Galeano, Enrique N. Zinny, R. López Hernández, Manuel Linares, J. Romay, A. Taillafer, Manuel C. Mir, Julio E. Part, A. Landalde, Juan A. Zufiria. siguen las firmas.²⁰

¹⁹ Firman esta nota que tiene fecha 1 de junio de 1913, entre otros Juan Zufiria, Manuel Linares, Arsenio B. Martín, Cristóbal Hervitt, Enrique Carro y M. Napal. Fuente: Congreso Nacional. Cámara de Diputados. Diario de Sesiones, junio 18 de 1913. Pp. 180.

²⁰ Revista Patria. Neuquén, s.f.e. pag. 46.

La asistencia pública funcionaba en una propiedad alquilada ubicada en la calle Láinez y 12 de Septiembre dotada de 15 camas de capacidad, bajo la dirección de la Dr. Ventura Robledo, a quien tiempo después le va a suceder el médico Alejandro Iarcho. Precisamente éste último facultativo, en 1916 eleva un pormenorizado informe al Ministerio del Interior acerca de la organización sanitaria del territorio a la que califica como muy deficiente debido a la carencia de infraestructura, medios y profesionales.

Respecto a la Asistencia Pública radicada en la capital informa que además de funcionar una estación de desinfección también existe un servicio de consultorio externo gratuito para los pobres, enfermería y primeros auxilios. Luego, en el mismo informe, pasa a detallar las necesidades a cubrir para poder cumplimentar un servicio aceptable entre los que menciona el tema de la movilidad, de infraestructura edilicia y de aparatología específica. *“La oficina de esta Capital carece hasta ahora de un vehículo liviano, apropiado para trasladarse para las visitas a domicilio, Cárcel y Comisarías, varias veces se ha solicitado un sulky o una americana, pero hasta hoy no se ha concedido aún. Sería suficiente un buen sulky con capota, de buena madera, bien sazonada, pues así lo exige la sequedad y rudeza del clima”*.

“La enfermería actual no tiene local apropiado, sino que es simplemente una casa de familia que se ha alquilado para ese destino. Si se piensa en que subsistan las actuales Asistencias Públicas, es necesario un edificio hecho expresamente con las dependencias de rigor, ventilación y una capacidad algo mayor que la actual (8 camas)”.

“Con muy poco gasto puede funcionar durante los meses de verano un aparato esterilizador para suministrar gratuitamente a precio de costo, leche aséptica para los niños de la 1° infancia. Se evitaría así muchas enfermedades del aparato gastrointestinal a la

*vez que se haría una vigilancia más eficaz sobre la manera de criar durante ese periodo crítico de la vida. Un esterilizador de 50 litros de capacidad sería suficiente por el momento”.*²¹

En los años del radicalismo

Durante la etapa de los gobiernos radicales los estudiosos que abordan la temática de la salud pública coinciden en diferenciar claramente los gobiernos de Hipólito Yrigoyen y Marcelo T. de Alvear, poniendo el acento en la inversión y disponibilidad de fondos para las funciones del área de salud durante el mandato alvearista y la escasez de estos recursos durante las administraciones yrigoyenistas.

En este sentido Veronelli, J. y Veronelli Correch, M., señalan que en *“los años que median entre 1916 y 1930 la diferenciación entre la protección de la salud colectiva y la asistencia médica perdía paulatinamente la nitidez de sus límites”*.²² Según estos autores seguía existiendo un problema a nivel organizativo nacional, y era que *“la sanidad dependía del Ministerio del Interior a través del Departamento Nacional de Higiene, en tanto la asistencia estaba a cargo del ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Sociedad de Beneficencia y de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales”*.²³

El Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, funcionario durante los gobiernos radicales comenta que *“el Departamento Nacional de*

²¹ GOMEZ, M. La investigación en el Territorio de Neuquén. Buenos Aires, IMP y EMC de la policía, 1917. Pp. 131/133. Citado en RAONE, Juan M. *Espigando recuerdos y apuntes sobre el hospital de Neuquén*. Neuquén, 1984.

²² Y continúa: *“la prevención de la difusión de afecciones crónicas como la tuberculosis y la lepra, así como la protección de la salud materno infantil, requerían la combinación de ambos tipos de actividad”* en VERONELLI, Juan Carlos y VERONELLI CORRECH, Magalí. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Tomo 2, Pág. 375, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2004.

²³ *Ibíd*em, Pág. 375.

*Higiene fue víctima –como casi todas las reparticiones- de la baja política que lo subordinaba todo a las conveniencias electorales y a la influencia de los caudillos”.*²⁴ En cambio afirma sobre el Radicalismo antipersonalista: *“Al llegar al gobierno el Dr. Marcelo T. de Alvear, fue la sanidad pública una de sus principales preocupaciones. Pensó en crear un Ministerio de Higiene y Trabajo.”*

La urgencia de una unificación de los servicios de salud, la creación de un área con poderes sobre todo lo referido a la temática sanitaria estaba en la agenda de estos médicos, así lo deja ver este funcionario radical: *“La idea de crear un Ministerio especial, que le diera autonomía, jerarquía y grandes recursos a la higiene y sanidad públicas, había sido sostenida y enunciada por varios en el Primer Congreso Nacional de medicina, celebrado en 1916 , que tuve la honra de organizar y presidir”.*²⁵

Se podría afirmar que hay un retroceso en términos generales respecto a la instrumentación de las políticas públicas de salud. Por ejemplo, por falta de personal se dejan de llevar las estadísticas de salud que estaban a cargo del Registro Civil que funcionaba en la órbita del Ministerio del Interior, por lo que las Asistencias Publicas tampoco las elaboran ni las envían. Este panorama nacional se repite en el territorio neuquino y las falencias en el aspecto sanitario son claramente visibles tal cual lo refleja el siguiente comentario:

“La salubridad, los servicios sanitarios, la hospitalización de enfermos, las salas de cirugías para las distintas especialidades de la ciencia médica, es asunto poco menos que desconocido en la Capital del Territorio, y desconocido en el interior del mismo.

²⁴ y continúa diciendo Aráoz Alfaro *“En el resto del período presidencial de Yrigoyen, el Departamento fue entregado a amigos políticos que carecían de títulos y prestigio para levantarlo de la postración en que había caído”* *Ibidem*. Pág. 384.

²⁵ ARAOZ ALFARO, Gregorio. *Crónicas y Estampas del Pasado*. Editorial El Ateneo, 1932, citado en Veronelli, 2004.

Es uno de los servicios nacionales que está en peores condiciones desde la inauguración de los mismos.

La situación precaria del primer día no ha sido contemplada y resuelta.

¿Que garantía se le puede ofrecer a la esposa que va a ser madre, si no hay una sala de maternidad? ¿Que se hace con los enfermos infecto-contagiosos si no se les puede aislar? ¿Que se hace con los dementes, huérfanos, con los abandonados, etc., si no se les puede asilar?

¿Que se hace con los heridos graves si solo existe una camilla para primeros auxilios, sin los implementos indispensables del caso?

¿Que se hace en presencia de una pobreza franciscana, como es la que acusa la permanente escasez de existencias de drogas y demás material imprescindible de una Asistencia pública, con una clientela numerosa?

¿Como combatir el curanderismo ignorante y pernicioso si en la Asistencia Pública no se puede atender la demanda del menesteroso, del pobre, del desvalido, que carece de los recursos en el momento en que la salud le flaquea?

*He aquí lo único con que cuenta el territorio.*²⁶

Según la Guía Edelman correspondiente al año 1924, la Asistencia Pública de la capital neuquina cuenta con una sala para hombres y otra para mujeres, con 15 camas en total “farmacia, instrumentos quirúrgicos modernos, aparatos de desinfección y estufa a vapor, etc. Ha sido aprobada la construcción de una nueva sala y obras de salubridad complementarias”.²⁷

Asimismo informa que el personal que revista en la misma está compuesto por el Director Dr. Fernando Grieco; el Guarda Sanitario Administrador: Domingo Barbier; los enfermeros de 1°

²⁶ Revista Patria (s.f.e.). Neuquén, pag. 46.

²⁷ Guía Edelman. Neuquén. Año 1924.

Filemón Menendez y Valentín García y la enfermera Vicenta V. de García.

En definitiva, al estar sujeto a los vaivenes de las políticas nacionales, la provisión de los servicios de salud durante la etapa de los gobiernos radicales, si bien con altibajos, no mejoró la situación de los habitantes del territorio incluido los vecinos de la capital neuquina los que siguieron padeciendo la falta de infraestructura, de insumos y de profesionales.

La salud pública en los años treinta y cuarenta

a) La situación de la población y los esfuerzos siempre insuficientes de la Salud Pública

En el Informe anual del año 1933, el Gobernador del Territorio de Neuquén, el Coronel Carlos H. Rodríguez, planteaba un cuadro de situación, que era en realidad una extensa exposición de necesidades, las que a pesar de ser repetidas año tras año, jamás se solucionaban. Todo seguía más o menos igual que una o dos décadas atrás, con el agravante de que la población seguía creciendo a un ritmo constante, y la atención de la salud repetía los crónicos inconvenientes. El cuadro en el área de salud pública seguía siendo desolador y desesperante por la falta de inversiones y medios que solucionaran las carencias estructurales. Decía el Gobernador Rodríguez: *“Esta gobernación ha venido realizando gestiones ante el Ministerio de V.E. y el Departamento Nacional de Higiene a fin de solucionar el problema planteado en este Territorio por la falta de establecimientos adecuados para asistir a los enfermos; como así también de facultativos”*.²⁸ Y daban una serie de números sobre atención y curaciones a pacientes.²⁹

²⁸ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1933 pág. 12.

²⁹ “En efecto, como se podrá observar, la Estación Sanitaria de Neuquén que ha atendido por su consultorio 6.920 enfermos, ha hospitalizado 1.117 y ha asistido a

Un año después, en 1934, un nuevo Gobernador, el Coronel Enrique Pilotto, es más contundente aún al afirmar que *“en lo que se refiere a la salud del Territorio es pobre y deficiente. Solo se cuenta con dos médicos del Departamento Nacional de Higiene en la Capital y un médico delegado en San Martín de los Andes con escasos elementos de curación y prevención”*.³⁰

En ese mismo año, encontramos que en la ciudad de Neuquén habían tres médicos, a los doctores Eduardo Castro Rendón, y Salvador Serpa, Director y Auxiliar de la Asistencia Pública, respectivamente, se le sumaba el Dr. Luis Vicente Ramón, que ejercía como médico particular. A estos le debemos agregar dos farmacéuticos, con las únicas farmacias que existían a nivel Territorio. Todo el Territorio de Neuquén contaba en el año 1933 con *“Salas de Primeros Auxilios en Zapala (sostenida por le Municipio) y las de Aluminé y Chos Malal por sus respectivas Comisiones de Fomento”*, y además habían medios económicos, ya que *“carecen de lo más elemental para desenvolverse precariamente”*.³¹

El Gobernador Enrique Pilotto informaba que había *“enormes distancias a recorrer para llegar a los centros de recursos, los malos caminos y pocos medios de transporte hacen más urgente e indispensable buscar la forma de arbitrar medidas prácticas para conseguir la radicación de médicos en el Territorio”*. Este funcionario estaba realmente conmocionado por la situación de la salud de la población de este lugar, y para remediarla toma una medida de gobierno que es *“fijar sueldos de agentes de policía a tres profesionales que ejercen en Chos-Malal, Junín de los Andes y*

1.212 en su domicilio, ha efectuado 5.607 curaciones varias y despachado 6.679 recetas a los pobres durante el año en curso, es insuficiente para atender las necesidades más apremiantes de esta zona” Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén, 1933, Pág. 13.

³⁰ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1934 Pág. 166.

³¹ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1933 Pág. 14.

Piedra del Águila". La justificación para tamaña decisión estaba dada en que eran estos lugares "*puntos muy alejados y ubicados en zonas de gran pobreza; el sueldo de agente se justifica por cuanto éstos médicos deben atender al personal de policía, verificar autopsias, dar información médico-legales, etc*".³²

Incluso el gobernador neuquino, para graficar, ante las autoridades nacionales, la situación sanitaria que vivían los habitantes del territorio, hacía un vívido relato de las peripecias que debía atravesar quien contrajera algún tipo de enfermedad y al respecto señalaba que una persona que enfermara en el territorio de Neuquén debía recorrer hasta "*noventa y más leguas*" (aproximadamente unos 450 kilómetros) hasta un Hospital, ya que "*el más cercano es el Regional de Allen*".³³ El Coronel Enrique Pilotto caracteriza a este nosocomio como "*pequeño y no alcanza para satisfacer las necesidades del Alto Valle, densamente poblado*"³⁴, y en otra ocasión dice que "*resulta una verdadera odisea para el paciente obtener su internación, debido a la enorme zona de influencia que abarca el mencionado establecimiento, que lógicamente debe prestar sus preferencias a la atención del Territorio donde está ubicado*".³⁵

¿Qué ocurría con una urgencia que viniera desde alguna distancia de la Capital del Territorio? El gobernador Carlos H. Rodríguez informaba sobre el "*peligro para los enfermos y heridos graves que deben hacer gran parte del recorrido en carros, sulkies y en el mejor de los casos en camiones*".³⁶

Sin embargo, si lograban llegar hasta la ciudad de Neuquén, y la complejidad de la patología impedía la atención local, necesariamente la peregrinación continuaba. Debían cruzar el río, a

³² Memoria Del Territorio de Neuquén año 1934, Pág. 166.

³³ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1933 Pág. 13.

³⁴ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 166.

³⁵ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 19354, Pág. 216.

³⁶ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1933 Pág. 13.

la altura del puente ferroviario del Ferrocarril del Sud, cuyos propietarios eran capitales ingleses, y de allí avanzar hasta Cipolletti. Y este recorrido sobre el puente ferroviario no era un problema menor en esa época, pues como señala Ángel Edelman *“sólo podía pasarse a pie y con riesgos aceptados, permitiéndolo la empresa sin ninguna responsabilidad. Como no tenía calzada, había que ir pisando de durmiente a durmiente entre las vías, como por un andarivel de unos 450 metros de largo, con el consiguiente peligro del vértigo a la vista de la correntada bajo los pies”*. Indudablemente en aquellos años habrán sentido como un *“gran adelanto”* en la seguridad y el confort del tránsito, el hecho de que *“más tarde se fue cubriendo con chapas, clavadas sobre los durmientes, el espacio entre rieles, haciéndose menos insegura la cruzada de los peatones”*³⁷ ...sobre todo si pensamos para aquellos que podían venir aquejados de enfermedades y desde largas distancias, y luego continuar camino hasta finalmente terminar en el Hospital de mayor complejidad de la zona, el de Allen en el Territorio Nacional de Río Negro en ese momento.

¿Y si estaba imposibilitado de moverse,... ¿qué alternativas de paso terrestre manejaban? Había que cruzar en balsa, las que estuvieron ubicadas en diferentes sectores del río Neuquén, todas en sitios anexos a lo que hoy es la zona de cruces carreteros. Cuenta Edelman que su funcionamiento era *“de sol a sol, salvo urgentes policiales, en cuyo caso debían funcionar sin horario y gratuitamente para el servicio oficial”*. Y agrega el primer gobernador de la provincia de Neuquén: *“El problema de la comunicación a través del río Neuquén, con los servicios de balsa frecuentemente paralizados y con colas interminables de vehículos esperando turno, llegó a ser la más grave rémora del progreso común y no se solucionó ni medianamente hasta la habilitación del*

³⁷ EDELMAN, Ángel, *Primera Historia de Neuquén. Recuerdos Territorianos*. Editorial Plus Ultra, Buenos Aires, 1991, Pág. 165.

punteo carretero, si bien se podía pasar ya por el puente-dique de C. Cordero en caso de necesidad, haciendo un rodeo de 70 kilómetros".³⁸ Cabe recordar que el puente carretero que une ambas orillas fue inaugurado recién en febrero del año 1937.

La descripción de este informe es una muestra palpable de las carencias sanitarias del territorio ya que avanzada la década del treinta el propio gobernador afirmaba que *"no existe en todo el Territorio un solo establecimiento hospitalario"*. Pilotto describe el andar de los pacientes como un trajinar incesante hacia la muerte ya que los *"enfermos de Neuquén peregrinan de un punto a otro buscando asistencia médica y hospitalización y generalmente mueren sin haber alcanzado ni lo uno ni lo otro"*. En su escrito sigue diciendo, casi a modo de justificación por hablar de temas *"no edificantes"*, que es *"lamentable, pero es imprescindible decirlo, así será posible llamar fuertemente la atención sobre éste problema de asistencia social"*, y termina aduciendo una razón impresionista, casi diríamos estética para pedir la construcción de centros de atención médicas al decir que sus gestiones buscan *"conseguir y atenuar el triste espectáculo que se ofrece en cada cambio de estación o cuando circunstancias específicas favorecen el desarrollo de enfermedades infecto-contagiosas"*.³⁹

Es notable que en esa misma Memoria de la Gobernación correspondiente al año de 1934 leamos un informe del Dr. Eduardo Castro Rendón, que pinta un cuadro de situación diametralmente opuesta al que había descrito el gobernador Enrique Pilotto.

¿Qué dice esencialmente este informe que se contrapone de manera tan categórica, que hasta podríamos tener la impresión de que se están hablando de sitios diferentes? El Dr. Castro Rendón señala que el *"estado sanitario del Territorio de Neuquén ha mejorado notablemente comparado con años anteriores"*.

³⁸ EDELMAN, A., *op. cit.*, pág. 166-167.

³⁹ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 166 -167.

Apoyándose en las estadísticas afirma que han evolucionado favorablemente los indicadores de salud, lo que “*demuestra que la población se ha ido educando paulatinamente en los preceptos higiénicos que divulga esta dependencia*”.⁴⁰

Enumera las campañas realizadas en los años 1932 y 1933 de vacunación antivariólica y antidiftérica entre las escuelas de Neuquén Capital, Colonia Valentina, Plottier y Confluencia.⁴¹ Esta se extendió al interior neuquino⁴² y se amplió al territorio vecino de Río Negro, llegando inclusive a “*Contralmirante Cordero, Allen y Fuerte General Roca*”.

La importancia que el Dr. Eduardo Castro Rendón da a estas acciones sanitarias queda de manifiesto en el pedido que hace a las autoridades nacionales para conseguir el aval institucional, ya que existe una “necesidad impostergable e imprescindible de que esta dependencia sanitaria tenga la autorización necesaria para que periódicamente (4 veces al año) se efectúen giras de inspección y divulgación científica por el interior para ilustrar al público.”⁴³

Este *voluntarismo educativo* que vemos en el Director de la Administración y Asistencia Pública de Neuquén, no es un hecho aislado sino que por el contrario, era una característica de la época,

⁴⁰ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 167-168.

⁴¹ *Ibídem* “casi la totalidad de los alumnos de las escuelas” Pág. 168.

⁴² “COMISIONES REALIZADAS, Fuerte General Roca; Senillosa dos veces; Picún Leufú, Collón Curá, toda la costa del Limay; Plaza Huinul; Piedra del Águila; San Ignacio y muchos otros lugares, comisiones éstas efectuadas por denuncias de enfermedades infecto-contagiosas”

⁴³ ¿Sobre qué cuestiones había que “ilustrar”, el Dr. Castro Rendón escribe: “sobre las epidemias más comunes que año a año se repiten en distintos lugares y en ésta forma se llenaría en toda su extensión el plan sanitario que es un verdadero problema en éstas dilatadas regiones donde las condiciones especiales del terreno hacen imposible la efectividad de una profilaxis y atención médica oportuna por ser las comisiones que se realizan en tiempo perentorio y que casi siempre llegan a destiempo, con el consiguiente (¿gasto?) sic de dinero sin poder llenar su finalidad en la forma deseada por ésta dependencia” Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 168-169.

que compartían diversas corrientes de pensamiento.⁴⁴ La vinculación educación-salud seguía estando fuertemente enlazada, mirando a la escuela como el portal dorado de acceso a la difusión de los ideales higienistas. En la década del `40 del siglo XX, Ángel Edelman sostenía que *“cualquier maestro que haya actuado en las escuelitas cordilleranas saben cuanto conspiran el clima, las distancias, la falta de cabalgaduras y otros transportes, los ríos y los arroyos sin puentes, el mal tiempo, la desnutrición y el pauperismo andrajoso para anular los mejores esfuerzos”*. El preocupado periodista proponía la creación de escuelas con internados, con alimentación, vestido y abrigo adecuados, en los que se les enseñara a los niños *“hábitos de aseo, de pulcritud en la persona y en las ropas, acostumbrados a las comodidades mínimas de la vida civilizada, querrán operar una transformación necesaria en el desaseado rancho de sus mayores”*.

Se pensaba que el impacto no quedaría encuadrado solamente en lo familiar, sino que toda esa sociedad cambiaría en términos positivos, ya que *“la higienización de esas poblaciones rurales diseminadas y muy pobres, la gradual desaparición de las viviendas rudimentarias e insalubres, y de los hábitos de promiscuidad que traen consecuencias tanto físicas como morales, llevarán finalmente a la supresión del vago, sucio y andrajoso, cuya aspiración de vida gira alrededor del churrasco, el mate y las bebidas alcohólicas”*.⁴⁵

En 1935 el Coronel Enrique Pilotto sostenía el valor de las inspecciones médicas al interior, este funcionario pensaba que *“debían ser frecuentes no solo por el éxito de su acción práctica, sino por la enseñanza que ellas pueden diseminar”*... *“sobre la higiene colectiva e individual”* para terminar su idea con la

⁴⁴ CICCHELLI-PUGEAULT, Catherine y CICCHELLI, Vincenzo. *Las teorías sociológicas de la familia*, Buenos Aires, Ediciones Nueva visión, 1999, Pág. 29.

⁴⁵ EDELMAN, Ángel. Po. Cit. Pág. 178.

afirmación contundente de que la falta de higienización es el verdadero germen de muchos males.⁴⁶

El informe del Dr. Eduardo Castro Rendón en la Memoria correspondiente al año 1934, se cerraba enumerando las necesidades más apremiantes, que eran: 1º) la construcción de un local para que funcione la Asistencia Pública; 2º) establecer *Destacamentos Sanitarios* en poblados fronterizos con Chile.⁴⁷ 3º) Se solicitaba una Sala de PRIMEROS AUXILIOS y el personal correspondiente, en Zapala; 4º) Para la Asistencia Pública de Neuquén Capital pedía un cabo enfermero y una cocinera. 5º) En este punto realizaba un pedido que tendría una trascendencia importante en la historia posterior de la atención médica: *“la organización en forma completa del funcionamiento de una MATERNIDAD EN ESTA CAPITAL, dotándosela del personal indispensable a saber: Una PREPARADORA DE ALIMENTOS para lactantes, una ENFERMERA para atención de embarazadas internadas y una partida especial para gastos de sostenimiento”*.⁴⁸

⁴⁶ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1935, Pág. 217.

⁴⁷ El problema de cuidar las fronteras con Chile desde el punto de vista sanitario aparece en reiteradas oportunidades en los escritos de los funcionarios públicos, como por ejemplo en 1934, Castro Rendón decía *“que se controlen la entrada a nuestro territorio de las personas enfermas procedentes de Chile, exigiendo el respectivo certificado de salud de las autoridades chilenas. En éstos últimos tiempos en dichas zonas ha tomado casi un desarrollo endémico la coqueluche, escarlatina, difteria y la gripe como así la sarna”*... *“inculcando en las poblaciones las nociones más elementales de higiene que deben observar”* Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 172.

Un año antes, el Gobernador Carlos H. Rodríguez pedía que se crearan *“cuatro estaciones sanitarias”*, con el objetivo de *“establecer un cordón sanitario cordillerano para evitar la introducción al país de enfermos contagiosos dentro de la zona a su cargo”*. Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén año 1933 Pág. 13.

⁴⁸ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 172.

Los informes “contrapuestos” entre el Gobernador Pilotto y el Dr. Castro Rendón, se cerraría con un apartado del Gobernador que dice: *“Aún cuando aparentemente existe alguna contradicción entre éstas breves observaciones y el informe suministrado por la Asistencia Pública local, es necesario tener en cuenta la acción muy limitada que ésta dependencia del Departamento Nacional de higiene ejerce en el Territorio ya sea por poco*

A estas carencias en materia de infraestructura y de personal, que se desprende de la solicitud del funcionario a cargo de la Asistencia Pública, también debemos sumar otra falencia que atraviesa toda esta etapa en cuanto a la salud territorial, y que tiene que ver con el crónico déficit en la provisión de los suministros farmacéuticos elementales en el territorio.

En efecto, desde los primeros años de la vida territorial fue un inconveniente y un limitante en la eficacia de la atención médica el hecho de lograr la provisión elemental de medicamentos e insumos de atención hospitalaria.

Ante la queja de los profesionales a cargo de la atención, la cantidad de pacientes y niveles de complejidad, podemos suponer la importancia que tuvieron de los dos profesionales de farmacia en asistir e incluso recetar y en la preparación de compuestos para paliar situaciones siempre complicadas, sobre todo en una época en la que la farmacología no había desarrollado una serie de alternativas químicas para tratar dolencias de baja complejidad.

Y este escenario se agudizaba en tanto la medicina popular en ningún momento en esta época es reivindicada como una potencia aliada de la medicina científica todo lo contrario su utilización era sancionada legalmente. Sin embargo y paradójicamente ante la ausencia de fármacos y drogas previstas en los vademecum de la época, las personas que necesitaban soluciones perentorias a sus problemas de salud, echaban mano de lo que conocían, es por eso que allá por el año 1908 detuvieron en Ñorquín a *“Emilio Soto por ejercicio ilegal de la medicina”*, basada esta acusación en una receta

personal, de elementos de curación ó por su falta absoluta de medios de transporte, lo que obliga al médico delegado a no abandonar el lugar de su residencia y le impide conocer sus más elementales necesidades”. Pág. 167.

Esto muestra que en forma latente está planteado y a veces se hace explicito, entre autoridades y funcionarios, un grave conflicto en la visión acerca del estado de la salud, en que se juegan cuestiones como labores profesionales desarrolladas, necesidades y la credibilidad, entre otras cosas.

que le produjo la muerte a un vecino y que consistía “*en un litro de agua compuesta con guano de ratón negro, orines de piche y lana quemada de oveja tuerta.*”⁴⁹ Que este *competidor desleal* hubiera fracasado en su intento de proveer *medicamentos*, no significaba que los que surtieran los galenos diplomados fueran más eficaces, sobre todo porque generalmente carecían de ellos.

Podemos ver que avanzado los años `30 del siglo XX el Gobernador del Territorio nos cuenta que había obtenido “*con la contribución desinteresada de los farmacéuticos de la Capital Federal, medicamentos suficientes para dotar los diez y ocho botiquines que fueron construidos en los Talleres de la Gobernación, los que se distribuyeron en todos los Departamentos, habiéndose provisto también de remedios a algunas escuelas en las que, debido al gran número de alumnos y su estado de pobreza hacían más estragos las epidemias.*”⁵⁰

En el informe del Dr. Castro Rendón del año 1934 este pedía en el último lugar sobre lo descrito como “*NECESIDADES*” de la Asistencia Pública de Neuquén Capital una serie de insumos hospitalarios, que por elementales que nos puedan parecer hoy, es evidente que no contaban con ellos en forma constante: “*cantidad suficiente de elementos indispensables como ser: algodón, agua oxigenada, vendas, gasa, etc. etc., para proveer en cualquier momento los botiquines instalados en las Comisarías del interior para “primeros auxilios.”*”⁵¹

Un año más tarde en 1935, el gobernador Pilotto les relataba a las autoridades nacionales que residían en Capital Federal las peripecias de los médicos de la Asistencia Pública de la ciudad de Neuquén, los que ante cualquier brote epidémico en el interior del Territorio deben preparar una “*salida improvisada, sin contar con*

⁴⁹ EDELMAN, Ángel, *op. cit.*, págs. 73-74.

⁵⁰ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1933, Pág. 14.

⁵¹ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1934, Pág. 173.

los elementos terapéuticos indispensables, neutraliza la acción eficiente que pudiere desarrollarse, ya que en los primeros pacientes agotan el improvisado botiquín, quedando luego tan solo la revisión y el diagnóstico médico en regiones donde no es posible adquirir medicinas”.

La falta de presupuesto, “*la estrechez de los recursos*” resultaban insuficientes para atender en otras cosas al expendio de recetas gratuitas a los pacientes de bajos recursos.⁵²

A la escasez general de medicamentos debemos sumarle que, la falta de algunos de ellos, incidía negativamente en los índices de mortalidad que reflejan las estadísticas territoriana.

La penicilina se estaba desarrollando a nivel experimental, y faltaban muchos años para que adquiriera la masividad de décadas posteriores. Respecto a esta situación resulta valioso el testimonio del hijo del Dr. Luis V. Ramón, cuando nos relata acerca de los problemas de salud: “*Las enfermedades más frecuentes en los primeros tiempos, en los treinta y los cuarenta eran las enfermedades infecciosas, tenían terror. Recuerde que los antibióticos comienzan a utilizarse en forma masiva casi en el año 1950, hasta aquel momento la penicilina, que fíjese que se descubre en 1930 pero se empieza a administrar finalizando la década del cuarenta hasta ese momento se contaba con productos desinfectantes de tipo locales, limpiar las heridas, recortar las partes feas a bisturí, lavarlas con soluciones de tipo yodadas o con otros elementos... y nada más. Mi papá me contaba que él atendía a un señor que había sido chofer del municipio, manejaba los vehículos municipales y que tenía una herida que le llegaba al hueso en una pierna, había un boquete y drenaba y drenaba, y que él lo atendió desde que llegó a Neuquén en 1930, cuando en 1947, 1948 pedía Penicilina al Ministerio de Salud Pública de la Nación en*

⁵² Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1935, Pág. 217.

*Buenos Aires, se la mandaban para el paciente, o sea para el paciente fulano de tal, tal edad, documento tanto, le mandaban la dosis que eran unas pocas unidades de penicilina, las unidades de penicilina hoy día se miden en millones... y bueno dice que a la segunda o tercera inyección de penicilina, el hombre se curó, se le cerró la herida, le dejó de supurar, después de 23 ó 24 años de tener eso” ... “y otras veces iban a la amputación”.*⁵³

Neuquén: Tierra poco atractiva para la radicación de médicos.

En las primeras décadas de vida del Territorio de Neuquén la carencia de servicios médicos fue una constante. En el imaginario de la época todos estos espacios dependientes políticamente del gobierno central de la Argentina eran mirados como lugares con posibilidades ilimitadas, en donde las oportunidades estaban al alcance de la mano para todos aquellos que tuvieran como características la valentía y el deseo de progreso. María S. Di Liscia señala que las descripciones que se realizaban de los Territorios Nacionales enfatizaban “*su carácter de tierra nueva, despoblada pero con un amplio abanico de oportunidades económicas a descubrir*”. Se pensaba que indudablemente la gente que se radicara en estos espacios disfrutaría “*de un progreso*” incesante en la generación de riquezas, las cuales seguirían por detrás de los “*los primeros emisarios*”... “*el ferrocarril, los vapores y el telégrafo*”...”.⁵⁴

¿De qué manera era percibida por los dirigentes de la época la relación que había entre el progreso y avance de la colonización de nuevas tierras en Neuquén y los médicos que se radicaban (o no) en esta zona?

Escuchemos la preocupación del Gobernado Enrique Pilotto, cuando le informa a las autoridades de la capital de Argentina que si lo que en vista del serio problema patagónico que era “*el fomento de la población y*

⁵³ Testimonio oral de Carlos A. Ramón, hijo del Dr. Luis V. Ramón. Entrevista realizada en julio de 2013.

⁵⁴ DI LISCIA, María Silvia. “Imaginarios y derroteros de la salud en el interior argentino: Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX)” en *Entrepasados* N° 33 Año XVII Comienzos del 2008: 49-69, Buenos Aires, Argentina.

*especialmente de la colonización de estas tierras”, esto no se lograría, o no iría con la premura que las expectativas gubernamentales tenían, y entre las razones de mayor peso que encontraba este mandatario territorialiano era “la escasez de médicos, que por su parte no se avienen a radicarse en esos parajes ante las pocas perspectivas de éxito financiero”.*⁵⁵

Veamos el caso del Dr. Luis V. Ramón, un médico que se establece en Neuquén y desarrolla toda su vida profesional en esta ciudad, teniendo un lugar muy relevante en la salud pública. El testimonio de su hijo dice : *“mi padre se viene a Neuquén en 1930 por algo casi fortuito, no era su intención, lo que escuché en el ambiente familiar era que el había venido por octubre de 1930 a hacer un reemplazo médico, transitoriamente, mi papá era un platense egresado de la Universidad de Buenos Aires, ... y tenía trabajaba en la zona de Dock Sud, y también en la cercanía de La Plata en la zona de Ensenada, y se viene a Neuquén, él era soltero”*..., *“también el otro comentario familiar que le puedo mencionar es que cuando llegó y se bajó del tren, el tren seguía viaje para Zapala, mi padre se hubiera vuelto en el acto. En aquel momento el tren quedaba en Zapala 15 días para hacer acopio de lana, y algún pasajero, que no serían muchos, y recién allí volvía a Plaza Constitución”*... *“en esos 15 días comenzó a contraer compromisos de tipo profesional, atendiendo gente, se quedó en Neuquén... al año volvió a La Plata a casarse con mi madre, y volvieron y aquí quedó toda su vida y murió acá”*.

“Mi padre y otros médicos de la época no vinieron porque tuvieran una necesidad acuciante de sobrevivir, vinieron y se compenetraron del medio, y se compenetraron fuertemente, no solo mi padre, tantos médicos que yo le acabo de mencionar, tenían una activa participación, pero no sólo médica, sino formación de escuelas, de dar charlas sobre alimentación, ... fue fundador y miembro activo de instituciones y clubes como Independiente, Aero Club, Calf, Bibliotecas, fundar escuelas, entre otros”.

Las condiciones materiales de desarrollo de la profesión son descriptas como de una precariedad asombrosa, -*“Lo que yo recuerdo es de la Asistencia Pública de la calle Lainez, de lo que hoy día es la calle Lainez, e incluso que cuando tenían que hacer alguna intervención quirúrgica de*

⁵⁵ Memoria Territoriana del año 1935, Pág. 217.

apuro o probablemente de baja complejidad, recuerde que anestesistas no existían, los médicos cubrían todas las necesidades desde partos a odontología, oftalmología, de todo hacían” ... “Recuerdo que contaba que colocaban una sábana la ataban con algunos broches con algunas cuerdas, por sobre la camilla, el lugar en donde tenían que hacer la operación para que no cayeran insectos, vinchucas sobre el paciente de lo precaria que era”... “el trabajo que tenían que hacer de una cierta complejidad era llevado a Allen”.

La tarea de los médicos que trabajaban en las dependencias del Estado o fuera de ella, en general no se remitían a una estricta atención en los consultorios sino que sus ocupaciones continuaban en ocasiones *“haciendo campañas de vacunación, viajaba mucho al interior, por ejemplo para enseñar, para tratar de erradicar la hidatidosis, de enseñarle a la gente de campo que no le tirara las vísceras sin hervir a los perros por ejemplo para tratar de frenar el enorme índice de hidatidosis que había. Todas esas campañas se hacían en forma absolutamente honoraria, nada de viáticos, ni sueldo por eso, él abandonaba su consultorio y se iba a hacer esas cosas, cuando hoy se escucha que la salud pública nació con el Plan de Salud de un gobierno del año mil novecientos sesenta y pico... no es así, no es así. Yo le puedo mostrar notas de los diarios de la época, en la que aparece –“El Dr. Luis V. Ramón dará una conversación sobre hidatidosis, sobre Chagas, en el cine español a tal hora”, sábado a la noche por ejemplo”.*⁵⁶

Algo similar encontramos con el Dr. Eduardo Castro Rendón, un médico nacido en la provincia de Buenos Aires, y que llega a la ciudad de Neuquén para hacerse cargo de la Asistencia Pública y Administración Sanitaria con 28 años la que según él *“me fue entregada desde el andén de la estación, de palabra, fue impresionante el estado entregada desde el andén de la estación, de palabra, fue impresionante el estado ruinoso y la falta de elementos, el consultorio que hacía también de quirófano, su cielo raso permitía la caída de arena, se improvisó para efectuar toda clase de intervenciones, sin ayudante, sin personal auxiliar, la movilidad un sulky y*

⁵⁶ Entrevista a Carlos A. Ramón, Neuquén, Julio del 2013.

*una ambulancia con caballos, a la que los enfermos se negaban a utilizar”.*⁵⁷

Las condiciones de higiene y asepsia las tuvo que dejar cuando subió a ese tren que lo trajo a Patagonia ya “...para operar debía colocar una sábana entre su altura y el techo para evitar que cayera suciedad sobre el paciente, y debajo de la sábana colocaba el farol y así operaba, sin ayudante y con un precario instrumental”.⁵⁸

b) La creación del Centro de Higiene Maternal e Infantil

En el informe de 1935 el gobernador Pilotto expone, fiel a su estilo de escritura, el problema de las enfermedades en el territorio y la necesidad de realizar una fuerte inversión por parte del Estado Nacional en ésta área, la que como señala “*constituye - a todas luces – el problema más fundamental de los que afectan en la actualidad al territorio del Neuquén*”.

¿Por qué Enrique Pilotto hacía esta afirmación a inicios del año 1936, momento en el que escribe su informe de lo actuado el año anterior?

En todo el Territorio no hay “ningún establecimiento hospitalario”, ¿entonces que se tiene en materia de algún establecimiento de salud?, “*solo una sala de primeros auxilios en esta Capital y un botiquín en Zapala y con dos médicos rentados exiguamente por el Departamento Nacional de Higiene, que tienen sus respectivos asientos en San Martín de los Andes y Aluminé*”... “*ubicados pobremente en locales inapropiados, con personal, capacidad y material insuficiente para llenar su cometido*”.

Se le suma a esto que la población en su mayoría tiene una “*estrecha situación económica*”, por lo que obligadamente cuentan

⁵⁷ BEZERRA, Elsa Esther, “Neuquén 100 Años - 100 Calles. Cien actores sociales que hicieron a la Historia”, La Gráfica editorial, Neuquén, 2004.

⁵⁸ Ibídem Pág. 103.

solamente con “la atención médica que el Estado pueda proporcionarles”.⁵⁹

Pilotto dice que si *“a esto se agregan las epidemias que cada tanto surgen en una u otra región, se puede tener una idea aproximada de esta triste realidad”*. Insiste en pedir obras,⁶⁰ y además financiamiento para *“iniciar perforaciones para la búsqueda de agua potable”* y explica la relación que existe entre *“el agua, que no siendo potable, es, en los lugares donde no hay un río próximo, otro germen de contaminación”*. Pilotto cierra su exposición afirmando que el Territorio del Neuquén *“tiene todas sus posibilidades supeditadas a su estado sanitario”*, esto se ve en el porcentaje de crecimiento vegetativo de su población, que en 1935 *“sólo llega a 1,7%, cifra alarmante”*. Estos menguados porcentajes obedecen a una serie de factores donde la mortalidad infantil ocupa un lugar central.

A propósito de esto, resulta interesante el siguiente testimonio, el cual nos permiten conocer algunas de las razones estructurales del porqué morían tanto niños: *“Mi padre además de su profesión, tuvo una gran preocupación de tipo ambiental, sobre saneamiento ambiental, cloacas inexistentes, los pozos ciegos eran superficiales, sin cámaras sépticas, por lo que las aguas cloacales brotaban tremendamente, entonces había muchísimas enfermedades infecciosas tipo gastrointestinales, los chiquitos se morían con suma facilidad, entonces él estuvo muy preocupado siempre por ese tema, tenga en cuenta que matadero no existía”*.⁶¹

⁵⁹ Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1935, Pág. 216.

⁶⁰ cuya ejecución se ha reclamado con perseverante insistencia, han sido aprobadas... con anterioridad a 1934”. *Están en presupuesto dice “el gobernador, “y pese a que han sido despachados favorablemente por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, han quedado paralizados en el de Hacienda”*. Memoria de la Gobernación del Territorio de Neuquén 1935, Pág. 218.

⁶¹ Entrevista a Carlos A. Ramón, Neuquén, julio de 2013.

A partir de este escenario descrito, es que en los años siguientes se profundizan los pedidos para contar con un establecimiento adecuado para la atención materno-infantil el que finalmente se concreta en 1943 con la creación del Centro de Higiene Maternal e Infantil, ahora a cargo del Dr. Luis V. Ramón, funcionando inicialmente en el edificio de la Cruz Roja,⁶² en el que “*se atendía a mujeres embarazadas, partos y niños de la primera infancia*”. Este edificio había sido construido con el esfuerzo mancomunado de la sociedad local, aunque, tristemente tuvo una vida efímera ya que un tiempo después sufre un incendio que destruye completamente sus instalaciones. Algunos testimonios hablan de que “*por largo tiempo permanecieron las desoladas paredes de la edificación*”, la que estaba situada en lo que actualmente es la intersección de la calle Río Negro con la Ruta 22.⁶³

Ahora ante la necesidad de levantar un nuevo edificio, el Dr. Luis Ramón acude a quien era Presidente de facto de la Nación, el General Edelmiro J. Farrell, conocido en la sociedad neuquina por haber sido jefe de la VI Brigada, ubicada en la ciudad de Neuquén, el cual dona \$ 100.000-⁶⁴ para la construcción del Centro Materno Infantil, que es dependiente del Departamento Nacional de Higiene, “*y que luego formará parte del Hospital Regional*”.⁶⁵

Los informes producidos por esta dependencia son notablemente extensos y detallados, siendo sin duda una fuente de

⁶² Aquí en Neuquén faltaban auxiliares de los médicos, por lo que se inicia en 1941 “*un curso de samaritanas dictado por los doctores Ramón, Benedetti, Piñedo y Aranda y otros médicos del ejército*”. En la primera graduación, recibieron sus diplomas once alumnas, las que en su “*mayoría trabajaban como docentes, el curso era vespertino y las prácticas las realizaban en el Hospital Regional*” en BEZERRA, Elsa Esther, *Neuquén 100 Años - 100 Calles. Cien actores sociales que hicieron a la Historia*. Neuquén, La Gráfica editorial, 2004, Pág. 264.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ Entrevista a Carlos A. Ramón, Neuquén, Julio del 2013

⁶⁵ BEZERRA Elsa, *Ob. Cit.* Pág. 265.

datos para aquellos que pudieran atender la información que exponían. En los mismos se consignaban datos de atenciones mensuales, lugares de origen de las parturientas, kilogramos de alimentos para infantes, tipo de enfermedad y los meses en que se desarrollaban, entre otras informaciones. Por ejemplo en el correspondiente al año 1945 se consignaban los siguientes datos:

“Partos atendidos por (vinculados al Centro):

<i>Por Parteras.....</i>	<i>111</i>
<i>Por Médicos.....</i>	<i>120</i>
<i>Por Persona no calificada.....</i>	<i>303</i>

Nacimientos:

<i>Legítimos.....</i>	<i>255</i>
<i>Ilegítimos:.....</i>	<i>279”</i> . ⁶⁶

Hacia finales de la década del treinta y principios de los cuarenta parecía que las quejas de los gobernadores del Territorio se hubieran aplacado. Aunque la *sífilis* y otras enfermedades venéreas seguía siendo un flagelo, ya que solamente en 1936 se informaban desde la Asistencia Pública de 586 casos de sífilis, 99 chancros y 262 de blenorragia contra 151 de gripe y 163 de sarna.⁶⁷

Para eso mismos años Pilotto, que había durante todo su periodo de gobierno tramitado en Buenos Aires la construcción de un hospital finalmente logra su objetivo iniciándose las obras del mismo en 1937.

Según la información que nos brinda Elsa Bezerra “*en 1940 ya estaba listo el edificio*”⁶⁸ ... y una vez más la pesada, distante e

⁶⁶ Memoria Territoriana del Neuquén año 1945.

⁶⁷ En 1936 la Asistencia Pública informa que, entre una serie de tareas realizadas, han desinfectado unas “96 habitaciones”, y como dato relevante colocado en un apartado se decía que “se efectuaron 52 aplicaciones de rayos ultra-violetas y 17 de rayos X” Memoria Territoriana de 1936 Pág. 161.

⁶⁸ Ob. Cit. Pág. 104.

insensible burocracia capitalina impedía el traslado al nuevo edificio, ubicado en el lugar actual de Talero y Buenos Aires.

Es en este contexto donde el “*Dr. Castro Rendón dada las condiciones sanitarias y las necesidades de la población, junto a un grupo de vecinos y enfermeros encabezados por el Sr. Oscar Arabarco resolvieron ocupar el edificio, realizando el traslado el 14 de abril de 1940*”.⁶⁹

Esta mejora en la infraestructura hospitalaria que se verifica en el territorio está igualmente acompañada de un crecimiento del número de profesionales que ejercen su actividad en el territorio aunque es pertinente señalar que algunos de ellos prefieren otros destinos al de la capital neuquina tales como la ciudad de Zapala que era punta de rieles⁷⁰ por lo que tenía un interesante movimiento comercial. En el resto del territorio iba creciendo lentamente la oferta médica privada particularmente en los lugares más poblados, aunque la misma siempre resultaba insuficiente. Radicarse en zonas que no siempre tenían ventajas y buenas perspectivas económicas solo resultaba atractivo a profesionales extranjeros, que ejercían su *metiie* autorizados por el Departamento Nacional de Higiene. Completaban la dotación de galenos aquellos médicos que dependiendo del Estado Nacional ejercían su profesión o en dependencia de empresas estatales como YPF o en las diferentes unidades del ejército.

Mientras que, contemporáneamente en Neuquén Capital, además del Dr. Eduardo Castro Rendón, Director de la Asistencia Pública, aparecía un Médico Auxiliar, el Dr. Enrique Benedetti. A estos debemos sumar al facultativo del comando militar y el médico particular el Dr. Luis V. Ramón.⁷¹

⁶⁹ *Ibíd.* Pág. 104.

⁷⁰ En 1942 encontramos tres médicos particulares en Zapala, mientras que en Neuquén capital se había radicado solamente un médico particular.

⁷¹ Memoria Territoriana de Neuquén año 1941 Pág. 277.

Una semblanza del Dr. Castro Rendón

Había nacido en Lomas de Zamora en 1898. Curso estudios de Medicina obteniendo su titulación en 1922. Luego, viajó a Neuquén desde Capital Federal en 1926, para desempeñarse como Director de la Asistencia Pública y Administración sanitaria. Ese mismo año había recibido una beca para perfeccionarse en Estados Unidos, renunciando para desarrollar su vocación de médico en estas tierras patagónicas.

Fue un hombre recordado por su espíritu de servicio y compromiso con una amplia variedad de causas como el cuidado de la niñez. Para abastecer de leche a los más pequeños *“implementó un tambo escolar iniciando con ocho vaquitas criollas que llegó a tener cuarenta vacas holando argentino, las vacas las alojó en la cárcel local pagándole a los presos un salario por su cuidado”*.

Es recordado el Dr. Castro Rendón por haber sido el fundador de la Cooperadora Escolar Conrado Villegas, en la que llegó a alimentar a 200 niños, con atención médica y odontológica, además de dar una serie de capacitaciones, contando con la colaboración de docentes de la localidad.

Fue un hombre de una intensa preocupación social, llevándolo a actuar en diferentes instituciones y comprometido en causas tales como Patronato de Excarcelados, Vocal fundador de la Biblioteca Juan Bautista Alberdi. *“Toda su vida se destacó por el amor al prójimo en especial por los niños y los desvalidos”*.

En cuanto a su trabajo en el área de la salud, su un activo difusor de la vacunación masiva. Realizó estudios sobre bocio en la zona, realizando la tarea de entregar yodo periódicamente entre los alumnos de las escuelas.

Es digno de mención que durante la visita del Dr. Salvador Mazza a Neuquén, detectan casos de Mal de Chagas, provocado por la picadura de la vinchuca, que era endémica en nuestra ciudad por el tipo de construcción de viviendas. Según testimonios de la época *“La gente que lo ha tenido como médico de familia recuerda su solidaridad, nunca escatimó en atender gratis en su consultorio particular a quien no tenía recursos para pagar sus visitas”*.

También se dedicó a la función pública, cuando en 1945 *“se radica en Bahía blanca pues es designado Jefe de la Delegación Sur dependiente de la Dirección Nacional de Salud Pública”*.

Unos años después al finalizar su período como funcionario regresa a su trabajo de médico, *“sin recursos y sin el cargo salió a buscar trabajo, así logra ingresar en el servicio de guardia de noche en el Hospital Español de Bahía blanca. Como no tenía movilidad se compró una bicicleta, la que usaba para ir al trabajo todas las noches”*. Fue tanto el prestigio que fue adquiriendo ente sus pacientes, que concurrían a la guardia nocturna para ser atendidos por el Dr. Eduardo Castro Rendón.

En el año 1952 regresa a la ciudad de Neuquén. *“En 1957 fue elegido por voluntad popular Convencional Nacional por el Radicalismo”*.

Ocupó otros cargos políticos tales como Ministro de Asuntos Sociales durante el primer gobierno constitucional, el de Ángel Edelman-Alfredo Asmar, en 1958.

Atendió en su consultorio y vivienda particular, ubicado en Rivadavia 115.

Falleció en la ciudad de Neuquén en enero de 1984.

Fuente: Bezerra, Elsa. *Neuquén 100 años-100 calles. Cien actores sociales que hicieron a la historia*. Neuquén, La Gráfica Editorial, 2004. Pp. 103-105.

A modo de balance

En el final del periodo estudiado, la ampliación de la infraestructura y el aumento del número de profesionales ejerciendo la medicina hace que determinados sectores de la comunidad vayan mejorando su posibilidad de acceso a los servicios de salud, especialmente en las localidades más pobladas, pero todavía hay situaciones que lejos de solucionarse, en especial en las áreas rurales más pobres, la situación seguía igual que antes, tal cual lo evidencia la queja del Dr. Jorge Pose sobre el accionar del *“Centro de Higiene Maternal e Infantil de Zapala”*, que señala que la actividad durante el año 1947 *“ha sido nula”*, y que las causales que encuentra está *“1º falta de*

una dirección estable; 2º falta de personal técnico, administrativo, maestranza (Visitadora, Partera, Administrador, etc.); 3º Estado ruinoso en que se encuentra el local donde funciona el Centro". Finalmente termina pidiendo una "unificación técnica y administrativa con la Asistencia Pública",... "construcción de un edificio, dotándolo de los elementos necesarios".⁷²

En el caso de Neuquén Capital la ímproba tarea que desarrolla la Asistencia Pública primero y el Hospital y el Centro Materno Infantil después, a través de sus médicos, enfermeros y personal de apoyo lograr paliar en parte las deficiencias sanitarias a través de una mayor medicalización de la población. Esto se verifica en que muchas enfermedades que en el pasado no recibían ningún tipo de atención si comienzan a ser tratadas sistemáticamente al final del periodo estudiado según se consignan en las estadísticas oficiales.

Sin embargo, a pesar de esta mejoría igualmente, en términos generales, el nivel de salud, tanto en el territorio como en la capital, sigue siendo deficitario ya que siguen siendo endémicas algunas enfermedades como la hidatidosis, las venéreas, la tuberculosis y muy elevados los índices de mortalidad materna infantil.

⁷² Memoria Territoriana del Neuquén año 1947.

CAPÍTULO 2: LA ETAPA DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD. 1945-1970

Joaquín Perren y Fernando Casullo

Tiempo de avances

La tierra de pioneros descrita en el anterior capítulo, aquella de próceres de los médanos donde la salud parecía practicarse más a lomo de animal que en un edificio, fue dando paso a aguas más calmas. Como señalaron Mases y Caminotti la década del treinta y los inicios del cuarenta habían mostrado una mejora paulatina en el acceso a los servicios de salud en consonancia con un crecimiento que, si bien muy modesto, se había dado de forma sostenida en la capital.⁷³ En esos tiempos donde una ciudad tibiamente le iba ganando terreno al viento y a la barda también comenzaba a funcionar la Asistencia Pública, un pequeño hospital que daba cobertura a unos 7000 habitantes. Para sostener tal fin contaba con un edificio con más de 800 metros cuadrados de construcción y una cantidad de 30 camas situado en la manzana donde hoy se emplaza el Hospital Castro Rendón (Imagen I).⁷⁴ Contaba con consultorios externos, clínica médica, guardia, sala de partos y un quirófano y tenía 30 camas de internación para mujeres y hombres.⁷⁵ Dicha institución iría cambiando en los años inmediatos y en las guías

⁷³ PERREN, Joaquín, *Segregación Residencial Socioeconómica en una ciudad de la Patagonia. Una aproximación al caso de Neuquén (1991)*, en *Revista Estudios Socioterritoriales*, Revista de Geografía, n° 10, jul-dic 2011, p. 76.

⁷⁴ Archivo Histórico Provincial, en adelante AHP, *Guía Comercial Edelman*, 1940.

⁷⁵ *Hospital Provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director*, Provincia de Neuquén Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Salud, 2002, p. 3-4.

locales ya para 1948 era denominada como el Primer Hospital Local del Neuquén y en 1950 como “Hospital Rural Neuquén”.⁷⁶

Los tenues avances en materia edilicia y de infraestructura también hacían evidente la necesidad de consolidar los saberes del personal, inaugurando una lógica que marcaría a fuego el período abarcado por este capítulo. El paso de una salud de pioneros luchando mano a mano con el desierto a otra más consolidada necesitaba protagonistas preparados. Actores de una institución que, sin perder su todavía bien nítido tono cimarrón, pudiera incorporar mucho de los nuevos elementos de profesiones que durante estas décadas estaban creciendo de forma acelerada en el país y en el mundo. Así, en momentos todavía muy tempranos, los médicos anotaron como urgente la necesidad de contar con recurso humano capacitado para realizar la atención de la población (en especial los niños que era el grupo más vulnerable). De esta manera, por ejemplo, se realizó en el año 1941 un curso de Samaritanas, donde once mujeres rindieron examen de suficiencia y algunas de ellas años más tarde se profesionalizaron enfermeras. Se sumaba así al proceso de consolidación otra de las profesiones de referencia para entender el centenario del hospital, la enfermería.⁷⁷ Con

⁷⁶ El cambio de denominación de Asistencia Pública a Hospital Local del Neuquén no tuvo un correlato en el edificio o la cantidad de personal. El primer gobernador de Neuquén diría luego que “solamente se había cambiado el cartel indicador”. De todos modos en una Institución en crecimiento como el hospital no era menor cambiar su nombre, más allá de lo “simbólico” de la medida. Véase RAONE, Mario, “La verdadera historia del Hospital Castro Rendón”, Diario La Mañana del Neuquén, 08/06/03.

⁷⁷ Alba Churrarín en su crónica de la enfermería, reseña histórica del servicio, rescata la labor de una camada de “pioneras” destacadas María Soldano, María Salgado y Luisa Zapata, a mitad de camino entre el trabajo voluntario y luego la labor profesional rentada, muy a tono con este período de transición. *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Enfermería Lic. Alba Churrarín. Como parte de la celebración del centenario del Hospital, un grupo de antiguos y actuales jefes de servicios, directores y profesionales, en actividad o retirados, están preparando un libro que da cuenta del desarrollo

capacitaciones como aquella se daban los primeros pasos de una labor vinculada a la ayuda humanitaria a otra con una estructura profesional cada vez más robusta (muy a tono con el proceso vivido por la enfermería en los inicios del siglo XX).

Muchos fueron entonces los aspectos que nos hablan de una consolidación de los servicios de salud en este todavía alejado territorio nacional a lo largo de los cuarenta. Una transición respecto de la situación mostrada en el anterior capítulo estaba en curso y parecía que ya nada podía detenerla, sino -incluso- acelerarla. Rostros de un una ciudad que se desplegaba por el territorio de forma cada vez más sólida y necesitaba para tal empresa de muchas instituciones, entre ellas el hospital.⁷⁸ En esa dirección la mitad del década del '40 tenía destinado un salto más vertiginoso a esta cotidianeidad en lenta mutación. El despliegue de las administraciones justicialistas en el Ejecutivo Nacional -que retomarían con mucho énfasis el viejo anhelo de pasar los territorios nacionales a provincias- puso a las discusiones sobre el carácter universal de los servicios de salud en un nuevo nivel. Y ello también tuvo su impacto en Neuquén al punto de merecer un apartado que está por comenzar.

histórico de cada uno de los servicios. Muy generosamente y con la pretensión de contribuir a la mejora del presente texto, nos han facilitado la lectura y uso de parte de ese material inédito. Valgan estas líneas como agradecimiento sincero a esta desinteresada colaboración, en especial al Dr. Miguel Pulita.

⁷⁸ MASES, Enrique y MONTES LE FORT, Liliana, *La Ciudad Del Viento: Historia, Arquitectura y Sociedad en el Núcleo Urbano de Neuquén Capital*, Neuquén, EDUCO, 2001.

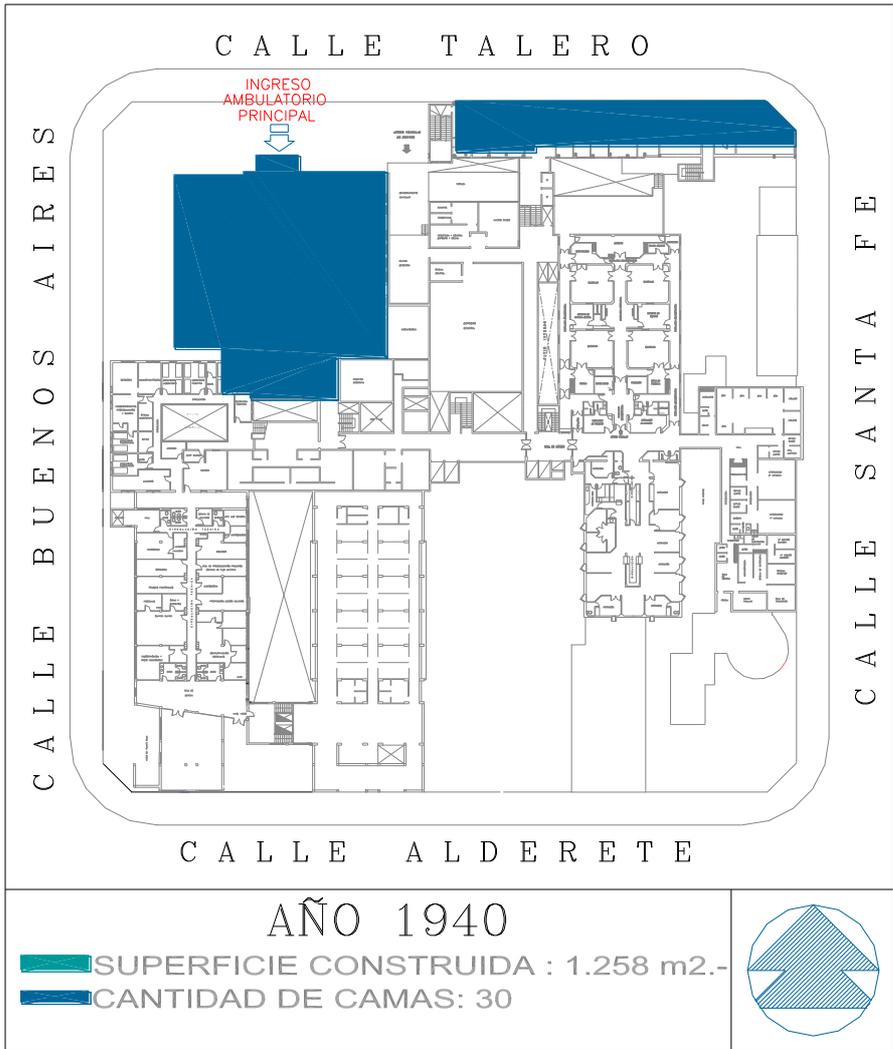


Imagen I. Plano del Hospital en 1940. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

Semblanza de los pioneros anónimos

El período que vertebra las primeras décadas del territorio nacional de Neuquén y su todavía precaria atención sanitaria y la mejora posterior tuvo muchos rostros, algunos muy conocidos y bien semblanteados en el anterior capítulo.

En este recuadro, en cambio, quisiéramos también rescatar brevemente figuras anónimas como María Soldano, una de las primeras enfermeras de este hospital en tránsito a la “adolescencia”. Su presencia en esta historia se debe también al espíritu contestatario y rebelde que dio vida al propio hospital. Según cuenta Alba Churrarín, una colega enfermera que también fuera su vecina, el mismo día que Castro Rendón abrió de prepo el Hospital para ponerlo a disposición de los neuquinos fue a ver a Margarita, la mamá de Soldano, para que le “prestara a la María”. Ese préstamo sería definitivo y la presencia de aquella sería permanente en el hospital en consolidación de los 40 y los 50. Años de trabajo *ad-honorem* o con una remuneración modesta, cocina, limpieza, tarea de enfermería, todo sin horario de trabajo definidos. Parte de una trayectoria anónima y voluntariosa que recorrió quirófanos hasta la década de los 60. Luego, por problemas de salud, pasó por las Consultorios Externos, con una reducción horaria producto de la gestión de sus propios pares.

Vecina del centro y del hospital, se jubiló a finales de los 70, cuando el hospital (y su ciudad) transitaban una joven adultez lograda, por supuesto, gracias a las Marías Soldano que habían poblado las anteriores décadas.

Fuente: “*Crearon la silenciosa estructura del Sistema provincial de salud*”, Diario *La Mañana de Neuquén*, 07/06/03.

- Entrevista Licenciada Alba Churrarín, Servicio Enfermería, 13-08-2013.

Los muchachos saludables peronistas:

El hospital y la salud en los tiempos del justicialismo

Un lugar donde encontrar cambios de importancia en relación a los humildes orígenes del sistema de salud neuquino y del hospital

capitalino fue el segundo lustro de los años cuarenta. Sin embargo, es difícil pensar estas transformaciones locales sin tener algunas referencias a un contexto mundial y nacional que marcaba un cambio de ritmo respecto de las políticas de salud. En un tránsito permanente entre las escalas nacionales, territoriales y locales, veremos en este apartado una serie de transformaciones en relación a la sanidad de los neuquinos y el decurso de su hospital.

Los primeros antecedentes relevantes de políticas de protección social estatales los encontramos en la autoritaria Alemania de Bismarck (nacidas al calor de las motivaciones de orden social propias de los fieros estados europeos de la Belle Epoque). Pero el salto hacia una salud universal más cercana a la que se aplicaría en nuestro país, debemos hallarla unas décadas después en un contexto mundial que venía de surcar las movidas aguas del Imperialismo y sus Guerras Mundiales.⁷⁹ Al final de ese ciclo, la posguerra le hacía un guiño al Estado y su capacidad de intervención con una lógica que apuntaba a consolidar el bienestar de poblaciones que venían de vivir múltiples miserias económicas y humanas.⁸⁰ Estados de la Europa occidental que, después de treinta años en guerra, tenían en la puerta del subcontinente la revolución comunista deseosa de estirarse hasta el Atlántico y, por esa razón, no podían dejar nada librado a un capitalismo que se había mostrado ineficaz a la hora de frenar la crisis de 1930. William Beveridge - entre muchas cosas, un laborioso agente estatal británico-fue un caso típico de aquella época excepcional. Con el estruendo de las bombas

⁷⁹ RUIZ MEDINA, Manuel, *La Seguridad Social de Bismarck a Beveridge* en RUIZ MEDINA, Manuel, *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, México df, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011; véase también SILVA PONTE, Luis, “Bismarck y Beveridge, modelos para una sanidad en construcción”, en *Revista Medical Economics*, 9 de marzo 2012, <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n166/MiPuntoVista167.pdf>.

⁸⁰ FLORA Peter y HEIDENHEIMER Arnold, *The Development of Welfare States in Europe and America*, Transaction Books, Londres, 1982.

alemanas sobre Londres en 1941, aquel encontró como acuciante la necesidad de centralizar en la administración estatal las políticas de salud. Bajo esta lógica, en 1942, publicó su clásico "Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan", que sería inspiración central de las políticas públicas asistenciales occidentales de los próximos años.⁸¹ La propuesta de Beveridge enfatizaba la necesidad de la protección universal “de la cuna a la tumba” de las personas y la necesidad de instrumentar programas de protección social a tal fin. En un mundo donde todavía resonaban los disparos de la guerra, nacía así –hija de trincheras y *cracks* económicos- la prestación de salud universal tanto más parecida a cómo la conoceríamos en la Argentina y en otros países de América.

Los cambios políticos, económicos y sociales que se dieron con el primer peronismo implicaron la incorporación de muchas demandas populares al Estado. Una de las metas de una renovada maquinaria oficial fue generar lo que algunos denominaron “*democratización del bienestar*”.⁸² El primer paso en esa dirección se dio en 1946 cuando fue creada la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Con rango de ministerio, la joven agencia fue dotada de un importante presupuesto que hizo posible la expansión del subsistema público de salud, avanzando allí donde la mano invisible del mercado no había llegado.⁸³

⁸¹ SANCHEZ-CASTAÑEDA, Alfredo, *Principales modelos de seguridad social y protección social*, en SANCHEZ-CASTAÑEDA, Alfredo, *La inseguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*, México DF, Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012.

⁸² TORRE, Juan Carlos, y PASTORIZA, Elisa, *La democratización del bienestar*, TORRE, Juan Carlos en *Los años peronistas (1946-1955)*, Colección Nueva Historia Argentina, Buenos Aires, Sudamericana, 2002, pp. 257-312

⁸³ BELMARTINO, Susana, *La salud pública bajo la regulación del poder corporativo*, en SURIANO, Juan (dir), *Dictadura y democracia (1976-2001)*, Colección Nueva Historia Argentina, tomo X, Buenos Aires, Sudamericana, 2005, p. 283.

La política sanitaria impulsada por el Dr. Ramón Carrillo fue quizás la mejor muestra de la voluntad transformadora del primer gobierno peronista. Con un pasado conservador, el reconocido neurocirujano abrazó la causa laborista primero y justicialista después. Luego de dirigir el Hospital Militar, de fundar la Sociedad de Historia de la Medicina y de inaugurar los primeros posgrados en Medicina, Carrillo aceptó el cargo de Secretario de Salud Pública.⁸⁴ El diagnóstico que hizo al momento de asumir no fue demasiado alentador: si bien no se encontraba con las consecuencias de la guerra, el sistema presentaba una gran desorganización, con instalaciones sanitarias inadecuadas, y con falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado.⁸⁵ Para enfrentar esta realidad, la secretaría comandada por Carrillo elaboró un plan de más de cuatro mil páginas, el *Plan Analítico de Salud Pública*, en el que se preveía la división del país en zonas sanitarias y el diseño de estrategias para que cada una de ellas enfrentara sus problemas específicos. En sintonía con un clima de época que desconfiaba de las virtudes del “dejar hacer”, la salud de la población pasó a ser pensada a partir de políticas implementadas de manera vertical. El deseo que recorría la obra de Carrillo era conciliar lo que él mismo denominaba “centralización normativa” y “descentralización ejecutiva”: todos en la órbita de la Secretaría de Salud se regirían con las mismas normas y criterios, pero la atención directa quedaba en manos de cada uno de los centros de salud, aún en el caso de los más pequeños.⁸⁶

De esta forma, y cumpliendo muchas de las funciones que la constitución fijaba a las provincias, el Estado nacional modeló una red de atención que tenía como meta alcanzar a todos los habitantes

⁸⁴ BORIO, Pedro, *Ramón Carrillo, un paradigma para el siglo XXI*, Diario *La Nación*, 21/11/2007, p. 2.

⁸⁵ BARRIOS, Daniel, *Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la Nación*, en www.cancerteam.com.ar/invi022.html.

⁸⁶ BARRIOS, Daniel, *Ramón Carrillo, primer ministro...*, *op. cit.*

del país. Poniendo énfasis en la prevención y la promoción de la salud, la política sanitaria peronista logró mejorar sensiblemente - más allá de las disparidades regionales- los indicadores de mortalidad infantil y el impacto de enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, el paludismo y el mal de Chagas. Algo no muy diferente podríamos decir en materia de infraestructura, donde el gobierno encaró un ambicioso plan de obras públicas. Entre 1946 y 1954, se construyeron 4 mil establecimientos sanitarios en todo el país, lo que amplió la capacidad hospitalaria en 130 mil camas.⁸⁷ Puede que algunas cifras demuestren el impacto de una estrategia que asociaba lo sanitario con lo social: en menos de una década, la esperanza de vida, siempre medida a nivel nacional, pasó de 61 a 66 años, mientras que la mortalidad infantil transitó de algo más del 80 por mil a 60 por mil.⁸⁸

En suma, las políticas sanitarias del peronismo dieron paso a un inusitado avance del sector público. Pero esa expansión no se dio a expensas del sector privado, sino que apuntó a sectores y regiones que el propio Estado nacional había dejado al margen en el pasado.⁸⁹ Esta meta -sintetizada en el slogan “no hay política sanitaria sin política social”- salta a la vista recorriendo las páginas del Plan Analítico de Salud Pública. “Protección sanitaria de la frontera”, “higiene de la vivienda urbana”, “medicina laboral”, “aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y de las redes

⁸⁷ BORIO, Pedro, *Ramón Carrillo...*, op. cit., p. 2.

⁸⁸ CARBONETTI, Adrián y CELTON, Dora, *La transición epidemiológica*, en TORRADO, Susana (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una Historia Social*, Tomo 1, Buenos Aires, Edhasa, 2007, p. 377-378.

⁸⁹ La única excepción fue la estatización de las sociedades mutuales que puso punto final al periodo que algunos autores llaman “modelo descentralizado anárquico”. Cfr. ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana, *El sistema de salud en la Argentina*, *Burbuja*, Documento 60, Buenos Aires, Universidad de San Andrés, 2002, pp. 19-20.

cloacales”, “prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, sin enfermedad y vejez”, son algunos títulos que nos alertan sobre un accionar que buscaba conseguir un equilibrio -no siempre fácil de hallar- entre *universalidad* (una modalidad de atención para el conjunto de la población), *integralidad* (una red que atiende diferentes niveles de complejidad), *gratuidad* (un sistema libre de restricciones para el usuario) y *eficacia* (capacidad de resolver problemas en función de los conocimientos de la época).⁹⁰

Ahora bien, tras esta síntesis nacional cabe preguntarse: ¿el paso de Beveridge a Carrillo, de Londres a Buenos Aires, podía continuar hacia Neuquén? En la Patagonia las ideas de avance de la capacidad estatal no estaban del todo ausentes. Según Gabriel Rafart y Enrique Mases, existían antecedentes válidos en las políticas de Mosconi en YPF durante los veinte, aunque con un perfume que recordaba más a la Prusia de Bismarck que a la Inglaterra de Beveridge.⁹¹ Pero recién en el primer peronismo vemos cómo, con la gestión Carrillo, comenzaron los tibios cambios en el territorio nacional en una dirección más universalista.

En 1947, fueron construidas estaciones sanitarias en diferentes puntos, entre ellos Chos Malal y Villa la Angostura, ambos en el interior profundo del territorio neuquino. Al mismo tiempo, se implementaron diversas medidas que mejoraron la salud de la población: planes de vacunación, giras de médicos y rápida asistencia en caso de brotes epidémicos son algunas muestras de un Estado que avanzaba sobre un terreno que, hasta entonces, había permanecido virgen. En lo que respecta al nosocomio local, en 1948 la antigua Asistencia Pública de la capital recibió, como dijimos, el nombre de Hospital Local de Neuquén, dando al establecimiento

⁹⁰ BELMARTINO, Susana, *La salud pública bajo la regulación...*, op. cit., p. 284.

⁹¹ RAFART, Gabriel y MASES, Enrique, *Entre Bismarck y Beveridge. Los inicios de políticas de bienestar en la Argentina: El caso de YPF, 1922-1946*, en Revista Realidad Económica, n° 149, 1997.

autonomía respecto al hospital regional existente en Allen.⁹² En aquellos años, bajo la dirección del doctor Enrique Benedetti, la capacidad del hospital capitalino para absorber la demanda de servicios médicos se incrementó de forma sustancial: en 1951, los consultorios externos atendieron más de 14 mil consultas y los hospitalizados fueron cerca de ochocientos.⁹³ A su vez, se comenzó a construir el Nuevo Centro Materno Infantil. El antecedente del mismo era el llamado Centro de Higiene Materno Infantil y la Filial de la Cruz Roja, que el Dr. Ramón tenía a su cargo y se ubicaban entre las actuales calles Río Negro y Félix San Martín. Allí se atendían a embarazadas y niños, pero sus instalaciones fueron destruidas por un incendio en 1946. Por gestión del Dr. Ramón, aquellas funciones fueron trasladadas al hospital local y se comenzó a tramitar ante el Departamento Nacional de Higiene la construcción de un nuevo Centro Materno Infantil. Dicha gestión fue exitosa y con el financiamiento conseguido se empezó a construir, llegando hasta el nivel de los dinteles, donde quedó hasta 1955.⁹⁴

Con todo, los avances registrados durante los “años dorados” del peronismo no permitieron resolver los déficits acumulados en décadas de prescindencia oficial. Para sostener este punto sólo hace falta decir que la mayoría de las localidades del interior carecía de cualquier atención sanitaria, ya sea por la falta de profesionales o bien por la ausencia de salas de primeros auxilios. Esto se acentuaba en los departamentos recostados sobre los Andes, sobre todo los del norte, donde la ausencia del Estado en materia de salud pública era absoluta. La situación de la capital, aunque mejor que la del interior,

⁹² EDELMAN, Ángel, *Recuerdos territorianos*, Neuquén, Ed. Juan Castagnola, 1954.

⁹³ RAONE, Juan, *Hospital Regional Neuquén: 71 aniversario (1913-1984)*, Neuquén, Comisión Organizadora, 1984, p. 27.

⁹⁴ *Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón 1913-2013*, Comisión Histórica por el Centenario del Hospital Castro Rendón Equipo de Comunicación Ministerio de Salud de Neuquén, <http://www.hospitalneuquen.org.ar/Files/historiabreve100.pdf>, p. 3.

presentaba un inocultable déficit en materia de recursos humanos. En 1952, la dotación del hospital se resumía a veintitrés empleados; número que resultaba insuficiente para atender a una población que orillaba los quince mil habitantes.⁹⁵

El hospital en los tiempos de una joven provincia (1958-1962)

Con la Revolución Libertadora, orden que suplantó al peronismo, en el marco de una reducción permanente del gasto fiscal, la realidad del hospital no cambió en demasía. Tan solo podemos reseñar la inauguración en la esquina de Buenos Aires y Alderete del edificio destinado al funcionamiento del Centro Materno Infantil mencionado en el anterior apartado. Este evento tuvo lugar el 8 de marzo de 1958, apenas unas semanas antes de la proclamación de las nuevas autoridades constitucionales. Esa inauguración llevó a que las autoridades del centro de salud organizaran un plan de acción que incluyó mayor cantidad de personal de enfermería, con un nivel superior de capacitación y se propició el ingreso de profesionales médicos especialistas en pediatría, obstetricia y obstétricas.⁹⁶

La llegada al status de provincia daría al ex territorio nacional y su capital un nuevo salto cualitativo. La mentada provincialización marcaba una madurez normativa tanto como social.⁹⁷ En nuestro relato de idas y venidas en el hospital, una vez más los contextos nacionales y regionales volverían a cruzarse para marcar otras transformaciones en el nosocomio.

La provincialización del territorio de Neuquén, efectivizada en 1958, fue un laboratorio ideal para probar el recetario desarrollista. En la joven provincia, que se incorporaba al sistema político luego

⁹⁵ RAONE, Juan, *Hospital Regional Neuquén: 71 aniversario (1913-1984)*, op. cit., p. 27.

⁹⁶ CHURRARÍN, Alba, *Reseña histórica del Servicio*, op. cit.

⁹⁷ BLANCO, Graciela y otros, *Neuquén: 40 años de vida institucional*, Neuquén, CEHIR-COPAIDE, 1999. Véase también FAVARO, Orietta, *Neuquén: la construcción de un orden estatal*, Neuquén, CEPHYC; 1997.

de casi ochenta años como territorio nacional, se pusieron en marcha una serie de estrategias orientadas a generar un desarrollo en visión cercana a la Comisión Económica para Latinoamérica (CEPAL). Comenzaba por entonces a ganar espacio en la agenda del gobierno de Frondizi la necesidad de promocionar determinadas regiones estratégicas como medio para dinamizar al conjunto del país. La creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el auge de las regiones como instrumentos de planificación fueron quizás los elementos más evidentes de este norte programático. La “región Comahue”, como se conoció a la franja septentrional de la Patagonia, comenzó a ser objeto de numerosos estudios técnicos y de proyectos de cierta envergadura. La aprobación de un complejo hidroeléctrico sobre los ríos Neuquén y Limay, donde se erigiría lo que la prensa de la época dio a conocer como el “Assuan Argentino”, y el tendido de un gasoducto entre Challacó y Puerto Rosales son claras muestras de las expectativas que despertaba la provincia de Neuquén en el concierto nacional.

Pero no se trataba sólo de un proyecto diseñado en alguna de las oficinas del gobierno nacional. Con la sanción de la Constitución provincial de 1957, Neuquén se sumaba a un clima de ideas sintonizado en una frecuencia desarrollista. En su Carta Magna se trazaron las líneas más gruesas de un régimen económico que redimensionaba el accionar oficial. Se entendía que sin la presencia pública era muy difícil que la nueva jurisdicción pudiera escapar de una situación de extrema precariedad. De ahí la relevancia de construir un Estado que, siguiendo el mismo texto constitucional, defendiera las riquezas esenciales de la provincia, impulsara el desarrollo y diera soluciones inmediatas en áreas tan sensibles como salud, educación y vivienda. Un buen ejemplo de esa vocación planificadora, que impregnó a la Convención Constituyente de 1957, fue la creación del Consejo Provincial de Sanidad, un organismo que

debía delimitar las grandes avenidas por donde circularía la asistencia sanitaria.

Estas líneas maestras fueron llevadas a la práctica por la primera gestión provincial, que abarcó el periodo comprendido entre 1958 y 1962. En un contexto político signado por una democracia restringida, en la que el peronismo estaba proscrito, llegó a la gobernación la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI). Primero con Jorge Edelman como gobernador y luego con Alfredo Asmar ocupando la primera magistratura, aquella fuerza política retomó el vocabulario que el desarrollismo había llevado a los primeros planos; cuestión que queda a la vista echando un vistazo a los dos ejes que orientaron la acción gubernamental, a saber: la creación una infraestructura básica y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.⁹⁸

Ambos propósitos tuvieron al sistema sanitario y al hospital regional como focos dilectos de interés. Clara muestra de ello fue la construcción, en 1960, de dos salas comunes de internación con capacidad para 48 camas, ampliando notablemente la capacidad operativa del nosocomio local.⁹⁹ Como muestra de un salto a todas luces marcado y que nos ponía de lleno en situación, solo basta comparar la superficie existente en el hospital entre 1958 y 1960: entre ambas fechas se construyeron más de mil metros cuadrados, la mayoría de los cuales correspondían a dos salas comunes de internación, en el corazón de la manzana, que contaba con 48 camas (figuras 2 y 3).¹⁰⁰ Claro que el proceso de consolidación del sistema sanitario neuquino no solo puede medirse en metros cuadrados. Junto a este crecimiento de la infraestructura, debemos mencionarla fundación de la “Escuela de Auxiliares Técnicos de la Medicina”,

⁹⁸ BLANCO, Graciela y otros, *Neuquén: 40 años de vida institucional*, op. cit., p. 16.

⁹⁹ AHPN, Caja Salud Pública, folio.

¹⁰⁰ *Hospital Provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director*, Provincia de Neuquén Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Salud, 2002, p. 6-7.

orientada a cubrir los faltantes en materia de recursos humanos. Esta era dirigida por Lucrecia Baricich, una enfermera porteña que había llegado a la ciudad hacia fines de la década de 1950 para organizar aquel Servicio Materno Infantil inaugurado en 1958. La Escuela comenzó a desarrollar sus actividades en la calle Ministro González esquina Mendoza y otorgaba el título de “Enfermero”. La Escuela tenía una doble dependencia: por un lado, el consejo provincial de educación supervisaba la parte académica y otorgaba el título; por el otro, la Nación -a través del Ministerio de Salud- pagaba en un principio los sueldos a las instructoras de Enfermería, y supervisaba los programas por medio de la responsable de Recursos Humanos.¹⁰¹ Junto con la Escuela también se gestionaron por aquellos años becas para que el personal cursara estudios de Auxiliares de Enfermería en la vecina ciudad de General Roca.

En definitiva, los primeros años de la provincialización mostraban unas administraciones más activas, con deseo de no perderse el tren del progreso que, por entonces, el desarrollismo afirmaba manejar. Y el hospital, su edificio y su gente, debían apuntalar esta puesta a punto de una joven provincia que se mostraba pujante en el escenario nacional.

Sin embargo, la historia es conocida: en el marco del ciclo frenético de gobiernos constitucionales y de facto que tuvo la Argentina entre 1955 y 1973, la provincia del Neuquén se quedaría sin gobierno electo con la caída del Presidente Frondizi. Y debería esperar hasta la vuelta a la democracia de 1963 para experimentar otro de los momentos revulsivos de nuestro relato.

¹⁰¹ Churrarín, Alba, *Reseña histórica del Servicio*, op. cit.

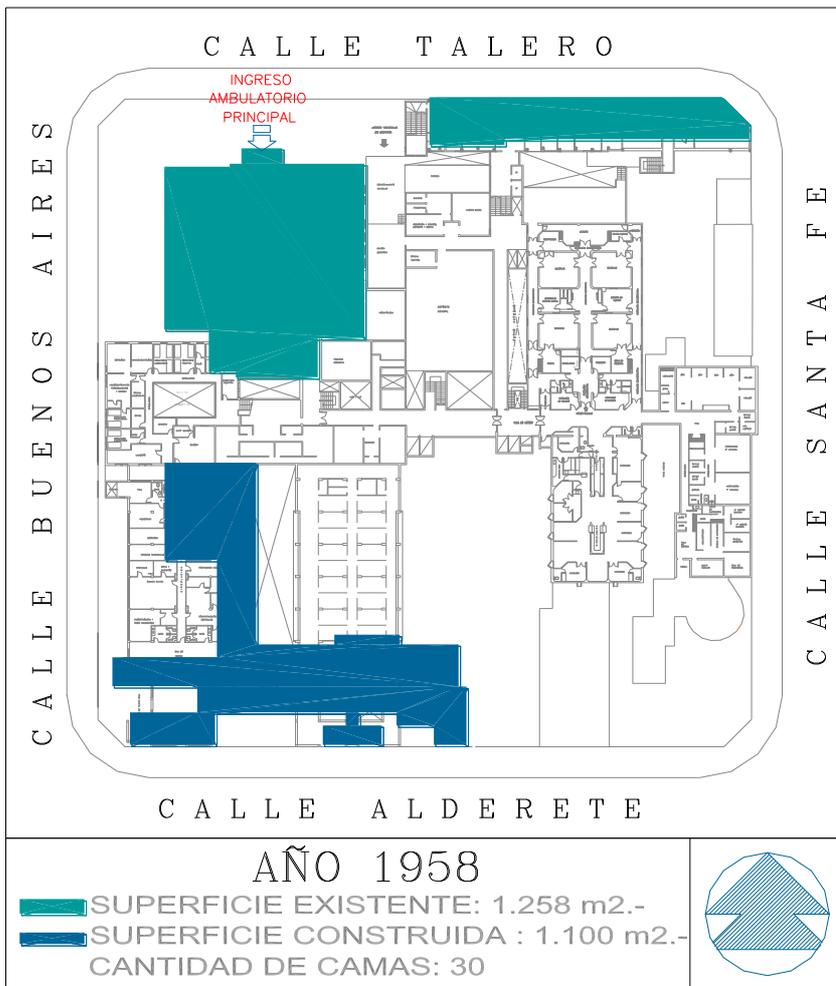


Imagen II. Plano del Hospital en 1958. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

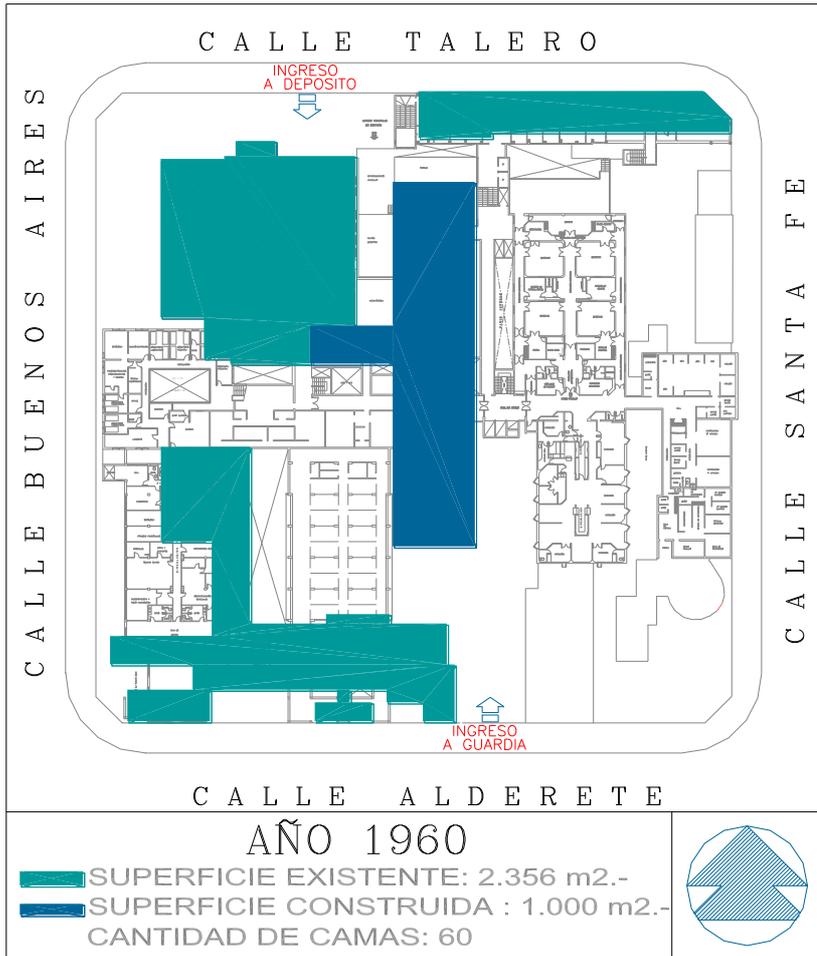


Imagen III. Plano del Hospital en 1960. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

**Los orígenes del MPN:
una atención sanitaria en vías de complejización (1963-1966)**

El lenguaje desarrollista no fue un patrimonio exclusivo de la UCRI. En el mismo cuadrante podemos ubicar el discurso enunciado en

1962 por Felipe Sapag, líder del recién fundado Movimiento Popular Neuquino, pocos días antes de las elecciones de ese año. En esa oportunidad declaraba que los objetivos del nuevo partido apuntaban a: *“la solución de los grandes problemas, que permitan y liberen el desarrollo económico-social de la provincia y tiene como objetivo fundamental, la felicidad del pueblo y la grandeza de Neuquén y la Patria (...) Aspira a elevar el nivel moral y material de la clase trabajadora a la que se pretende llevar por los carriles de la sumisión y la miseria.*¹⁰²

Sobre la base de un discurso que combinaba en dosis equilibradas la retórica desarrollista, una arenga a favor de la distribución de la riqueza y un federalismo militante, el MPN se impuso por el 62 % de los votos y accedió al gobierno el 12 de octubre de 1963. Ante la Legislatura, el flamante gobernador describía, no sin dramatismo, que la joven provincia patagónica vivía *“una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre”*. Sin embargo, para Felipe Sapag, ese desolador panorama podía ser transformado, pues se disponía de *“recursos extraordinarios que esperan una acción planificada que trastoque el cuadro de miseria e ignorancia en otro que impulse la economía y eleve el nivel de vida”*. En lo que respecta a la problemática de la salud pública afirmaba enfáticamente que *“la protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia”* y que para ello era necesario *“dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez”*.¹⁰³

Pero si los discursos de Sapag encontraron una calurosa recepción en la sociedad neuquina, esto se debía a que reflejaban una penosa realidad que se hacía especialmente grave en el terreno

¹⁰² CASTILLO, Enrique, *Neuquén, crónica de un época... y la fundación del M.P.N.*, Neuquén, Ed. del Autor, 2005, pp. 312-315.

¹⁰³ SAPAG, Felipe, *El desafío*, Temuco, Chile, Impresos Spring Ltda., 1994, pp. 20-24.

sanitario. Puede que algunas cifras nos brinden algunas pistas sobre un panorama que era todo menos halagüeño. La provincia, de acuerdo al Censo Nacional de 1960, contaba con cerca de 110.000 habitantes. En este marco poblacional, la cantidad de recursos humanos contemplados en el sistema de salud era exigua. El total de médicos existente en la provincia tan sólo era de 35, lo que equivalía a un facultativo cada 3.000 personas. Un panorama no muy diferente se observa en la distribución de camas que, a nivel provincial, rondaba las 20 cada 10.000 personas. En lo que se refiere a cantidad de establecimientos, el cuadro era igual de sombrío: los nosocomios que brindaban servicio de internación no alcanzaban a uno cada 10.000 personas en toda la provincia; mientras que los establecimientos sin internación, base de la atención primaria de la salud, tan solo alcanzaba a uno cada 25.000 habitantes.

Esta estructura sanitaria, precaria como era, no pudo hacer frente a las necesidades de una población escasa pero muy dispersa geográficamente. Las limitaciones de este sistema de salud se reflejan, por ejemplo, en la esperanza de vida al nacer, que apenas alcanzaba los 47 años. En gran medida esto se explicaba por la elevada mortalidad infantil que registraba la provincia. En 1960, dicha tasa era, con un 117,9 por mil, una de las más altas del país, aunque presentaba importantes variaciones regionales. La zona I, área que albergaba al Hospital Regional, al igual que la II, con cabecera en Zapala, presentaban índices levemente inferiores a la media (110,6 por mil y 115,8 por mil respectivamente). Las zonas III y IV, por su parte, exhibían cifras bastante superiores al promedio: la primera de ellas, que abarcaba el norte provincia, presentaba una tasa de 126,9 por mil; mientras que la segunda, en el sur neuquino, mostraba un preocupante 134,1 por mil.

Frente a esta situación, el gobierno que Felipe Sapag encabezó entre 1963 y 1966 desarrolló una serie de políticas con las que pretendía responder a las problemáticas sanitarias de la provincia.

En materia de recursos humanos, mediante el nombramiento de profesionales en el subsistema público, el gobierno provincial puso *“todos los esfuerzos y recursos para revertir esta pavorosa carencia de protección sanitaria.”*¹⁰⁴ De esta manera, se concretó un destacado crecimiento de los planteles médicos: si en 1960 había tan solo 24, para 1966 su cifra llegaría a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporación de otros especialistas, en particular en las áreas de bioquímica, obstetricia y enfermería. En cuanto a la infraestructura, el gobierno realizó una importante inversión en la construcción de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provincia.

Pero a pesar de estos avances, Sapag reconocía que los desafíos eran de una magnitud tal que no podrían resolverse en el corto plazo. En una de sus últimas reuniones de gabinete en 1966, el gobernador expresaba que: *“Este empeño en las acciones para la salud de la población es de tal magnitud, que para cubrir las necesidades de la población podemos decir que estamos en el inicio de un largo camino. Falta infraestructura, carecemos de profesionales y enfermeras, no tenemos organización, faltan datos estadísticos”*.¹⁰⁵

En esa misma reunión, Sapag ordenó a su ministro de Bienestar Social que, junto al Consejo de Planificación, *“proyecten, estudien y comparen con otras jurisdicciones las medidas que permitan acelerar esta urgente necesidad de proteger la salud de la comunidad en general”*. En la expectativa del gobernador ese proyecto debía formalizarse antes de mediados de ese año.

Sin embargo, una vez más la intensa y cambiante política nacional volvía a meter la cola. En lugar de las definiciones concretas reclamadas por Sapag, poco tiempo después llegaría el golpe militar de la “Revolución Argentina”, truncando la

¹⁰⁴ SAPAG, Felipe, *El desafío*, op. cit., pp. 109-116.

¹⁰⁵ *Ibidem*, pp. 94-95.

formulación de aquel proyecto sanitario. De todos modos, en consonancia con otros momentos del capítulo, vale detenerse un poco en el ciclo abierto con el Onganiato. En el gobierno que comenzó su labor tras derrocar a Arturo Illia, paradójicamente maduraron muchas de las ideas sobre universalismo de la salud que luego se aplicarían al caso neuquino.

**La Asociación Cooperadora Hospital y Centro Materno Neuquén.
1965-2013 Cerca de medio siglo de labor solidaria**

En enero de 1965 se reúnen un grupo de vecinos de la ciudad de Neuquén, los cuales imbuidos de un anhelo común –según queda manifestado en el Acta N° 1 -, y tras la aprobación de los estatutos y la conformación de la Comisión Directiva dejan formalmente creada la Asociación Cooperadora del Hospital y Centro Materno Neuquén, una entidad sin fines de lucro cuya principal finalidad era la de cooperar con las necesidades del hospital público a fin de avanzar en una mejor atención de los pacientes que allí concurrían.

A partir de allí, esta institución realiza un sin fin de actividades (ferias de comidas, eventos teatrales, deportivos, de modas, festivales, rifas, etc), para recaudar fondos y elementos destinados a las necesidades hospitalarias. Al mismo tiempo también se nutre de donaciones y aportes de socios colaboradores pero también de organismos públicos, tanto nacionales, provinciales, municipales y de empresas radicadas en la región. En el plano operativo la Cooperadora funciona en total coincidencia con las autoridades del hospital quienes son además los que fijan las prioridades. En este sentido debemos señalar que la misma ha realizado una prolífica tarea a través de los años primero cubriendo ciertas necesidades de aparatología en los diversos servicios que cuenta el hospital y también en la provisión de medicamentos; y en los últimos tiempos también ha sido un vehículo eficaz para acelerar diferentes acciones las

que en no pocas ocasiones se ven demoradas por la pesada burocracia estatal.¹⁰⁶

Respecto de las obras en que la cooperadora ha colaborado intensamente merece destacarse entre otras la puesta en funcionamiento de la terapia intensiva pediátrica y en la refuncionalización de áreas edilicias, como sector 102 de atención a pacientes con la problemática de Violencia Familiar, Informática, Tomografía, sector Morgue en Anatomía Patológica, Ecografía, Servicio de Radiología y actualmente el depósito de Farmacia.

Además brindó apoyo en las actividades de capacitación de residentes y administrativos, adquirió medicamentos de urgencia y elementos para investigación en oncología, en kinesiología, equipo médico para cardiología, neonatología y para informática.

Desde su creación en 1965 a la fecha han sido numerosos los hombres y mujeres de la ciudad de Neuquén que han brindado su cuota de solidaridad formando parte de las diversas comisiones directivas que se sucedieron a lo largo todos estos años. Así la primera Comisión Directiva fue conformada por: Presidente: Mario Casalnuovo, Vicepresidenta: Ana C. de Abelli, Secretaría: Catalina B. de Ventureira, Prosecretaria: Carmen G. de Vidal, Tesorera: Angélica M. de Ledesma, Protesorera: Elvira B. de Ockier, Vocales: Nelly G. de Martínez, Victoria M. de Córdoba, Amanda T. de Arnaldo, Angélica de Cuello, Guillermina de Oses, Francisca E. de Novoa. Revisores de Cuenta: Olga V. de Travía y Eusebio Martínez Fabio. En los años siguientes formaron parte de esta institución entre otros: Cecilia de Suárez, Irene Todero. Lubia de Correa, Lia G. de Arrieta, Adela de Chevalier, Beatriz de Afione, Mary Elitseche, Celia J. de Rosa, Clata de Pegassano, Graciela Bravo, María A. B. de Molins, Elena de Bravo, Haydee de Roso, Beatriz de Valdez, Dominga Hernandez, Matilde Galardi, Domingo Hernández, Lilian de Derendinguer. Iris de Samaniego, Margarita de Ache Cornejo, Susana de Ferraris, Enriqueta de Mercado, Alba de Scuteri, Santiago Derendinguer, Nelly Pravatto, Perla de Chidiak, Laura de Violante, H. Novillo, S. de Ferraris, S. de Simón, Cecilia Bravo, Francis Agustini, Ana de Mantilaro, Mónica Ellis, Hector Lombardo,

¹⁰⁶ Entrevista a la Sra. Nilda Garro actual secretaria de la entidad.

Manuela Enriquez, Elizabeth Lavalle, Elena de Lischeti, Jorge Gertvasoni, Jorge R. Encalada, Marcos Osserof, Issac Denemberg, Germán Esradel, Ángela de Sfeir, Estela Davel, Elsa de De la Valentina, Nancy de Vicente, María J. Vals, Laura Lavalle, Hilda Asmar, Silvia de Bustamante, Rosario Castro Videla, Cristina Bonorino, Amanda Echeverria, Antonia de Becerra, Esmeralda de Enriquez, Adelmo Somma, Iores G. de Pujante, Graciela Conticello, Amanda Montenegro, Matilde Fernandez Diez, Nancy de Canales, Dominga de Catricheo, Raquel Ambrosio, Noemí Galan, Liliana de Todero, Mabel Rubio, Ricardo Grisoto.

En la actualidad la Comisión Directiva de la Asociación Cooperadora está conformada de la siguiente forma:

Presidenta: Susana Ferreira, Vicepresidenta: Mirta Barriga, Secretaria: Nilda I. Garro. Prosecretario: Marcelo Carrascal, Tesorera: Estela Urriste, Protesorera: Agustina Gonzalez, Vocales: Marianela Saavedra, Jorge Quiroga, Vilma González, María J. Tapia, Silvia Manonresa, Revisores de Cuenta: Ignacio Urtazum, Adrian Lammel.

Entrevista a la Sra. Nilda Garro Secretaria de la CD. 20-08-2013.

Fuente Entrevista a la Sra. Nilda Garro Secretaria de la CD. 20-08-2013.



Foto Integrantes Cooperadora.

La “Revolución Argentina”, la salud pública y el hospital (1966-1970)

El Onganiato, ese régimen que abarcó el periodo comprendido entre 1966 y 1970, veía a la salud como un instrumento clave en su pedagogía efficientista. Como demuestran las propias palabras del nuevo presidente, el General Juan Carlos Onganía, en la primera Reunión Nacional de autoridades de Salud Pública, “*la Revolución Argentina hubiera perdido coherencia fundamental si no hubiera dado a la educación y a la salud la trascendencia que ha sido suscripta en su primera orientación*”.¹⁰⁷ Los funcionarios que mejor interpretaron esta apuesta fueron el Secretario de Salud Pública, Ezequiel Holmberg, y su subsecretario, Alberto Mondet, ambos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Ellos sintetizaron el espíritu modernizante de ciertos sectores del Onganiato y completaron un andamiaje teórico-metodológico cuyas bases habían sido levantadas durante el gobierno de Illia.

Para interpretar el enfoque propugnado por Holmberg y Mondet, puede servir leer con atención las conclusiones de la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, convocada en diciembre de 1967.¹⁰⁸ En ese documento la atención médica integrada era definida como el sistema de prácticas técnicas, consistentemente articuladas, mediatizadas por los servicios de salud en la comunidad a la cual servirían. El objetivo de la misma era “*prevenir, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de las personas*”.¹⁰⁹ Dichos servicios se efectivizarían en “*áreas homogéneas*”, previamente definidas, gracias a las cuales se lograría “*una consecuente racionalización de*

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA, *Conclusiones y recomendaciones. Reuniones nacionales y regionales de autoridades de Salud Pública 1966-1969*, Buenos Aires, 1970, pp. 33-51.

¹⁰⁹ *Ibidem*.

los esquemas operativos; la incorporación de una nomenclatura uniforme y un sistema escalonado de servicios; la elaboración de programas de capacitación continua de personal, rotación periódica del mismo, estímulo al trabajo en equipo, retribuciones actualizadas y dotaciones con número suficiente de personal de tiempo completo".¹¹⁰

Esta postura estatista dejó su huella en las políticas sanitarias de la joven provincia de Neuquén. Para sostener esta idea solo basta con revisar el informe presentado por las autoridades en la "Primera Reunión de Ministros de Salud de la Región Comahue", celebrada en Santa Rosa (La Pampa) hacia mediados de 1967. En esa ocasión, la comitiva neuquina reconocía que existía "*mora en aplicar elementos de organización más oportunos que permitan usar más equitativamente del progreso*".¹¹¹ Esta falta de criterio a la hora de administrar el sistema redundaba en una mala distribución de los establecimientos en la geografía provincial, en la falta de normas y estándares en la planificación de los servicios, en la duplicación innecesaria de tareas y en la ausencia de participación pública en los programas de salud.¹¹² Como solución a este conjunto de problemas quienes estaban a cargo del Ministerio de Asuntos Sociales proponían una "*regionalización sanitaria, puesta en práctica ya por las autoridades de diversos países*".¹¹³ En términos concretos, esta nueva orientación implicaba ubicar a la mayoría de los servicios de un área bajo la misma cabeza administrativa, en vez de "seguir la actual división de las actividades de salud pública por grandes

¹¹⁰ BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelo organizativos 1960-1985*, Publicación N° 40, Buenos Aires, 1994, OPS-OMS, pp. 42-45.

¹¹¹ MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, *Informe presentado por la provincia de Neuquén, en la Primera Reunión de ministros de salud de la Región Comahue en Santa Rosa (La Pampa)*", Neuquén, 1967, p. 1.

¹¹² *Ibidem*, pp. 1-2.

¹¹³ *Ibidem*, p. 2.

funciones (lucha anti-tuberculosa, materno-infantil, etc.)”¹¹⁴ El resultado de esta reforma conduciría a un “*sistema coordinado y ordenado en el cual todas las instituciones asistenciales se convertirían en miembros de un conjunto cuidadosamente articulado*”.¹¹⁵

Esta serie de recomendaciones, que iban en línea con las directrices establecidas por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, tuvieron un fuerte impacto en el hospital neuquino. Después de todo, el nuevo sistema, que debía reemplazar al que había predominado en la etapa territorialiana, tendría en su cúspide a un Hospital Regional, que estaría dotado de todos los elementos técnicos y humanos. Esta manifiesta voluntad de jerarquizar al antiguo “Hospital Rural de Neuquén” se observa en aspectos edilicios, como la construcción en 1968 de un quirófano que terminó uniendo las instalaciones originales del nosocomio con la sala de internación, pero también en su creciente complejidad institucional.¹¹⁶ Sobre esto último, no podemos dejar de mencionar la creación, en 1967, de dos nuevos servicios regionales, uno de neurocirugía¹¹⁷ y el otro de cirugía torácica,¹¹⁸ que evitaba la necesidad de trasladar a enfermos especializados a la Capital Federal con todos los gastos y riesgos para la salud que ello traía acarreado.

Claro que esta apuesta universalista y estatalista, observable tanto a nivel nacional como provincial, podía entrar en colisión con las tendencias corporativistas que también existían en el Onganiato. Los críticos al proyecto de Holmberg y Mondet imaginaban un sistema sanitario cuyo pivote serían las organizaciones sindicales.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 2.

¹¹⁵ *Ibíd.*, p. 2.

¹¹⁶ AHPN, *Caja Salud Pública*, “Historia del Hospital Dr. Castro Rendón de Neuquén”, p. 1.

¹¹⁷ Honorable Legislatura de la Provincia de Neuquén (HLPN), Decretos 1529/67, pp. 1-2.

¹¹⁸ HLPN, Decretos 1597/67, pp. 1-2.

Esta concepción, contraria a los principios que regían la Secretaría de Salud, fue madurando conforme se hacían visibles los conflictos sociales y los límites del shock autoritario del Régimen. La premisa defendida por este grupo se relacionaba con la imposibilidad de que el Estado pudiera controlar en su totalidad la salud pública, puesto que se creía que no había fuerza y recursos posibles para lograrlo. En su lugar, los opositores a Holmberg y Mondet, dueños de un posicionamiento cercano a la social-cristianismo, plantearon con vigor una estrategia sanitaria que suponía la cooptación de las organizaciones sindicales como su eje central. Resultado de este embate fue la sanción de la ley 18.610/70. La misma generalizó el sistema de obras sociales para toda la población en relación de dependencia, “conservando la heterogeneidad de origen de las instituciones financiadoras y la consiguiente diferenciación de su capacidad para dar respuesta a las *necesidades de sus beneficiarios*”.¹¹⁹ Esta normativa volvió muy dificultosa la implementación de niveles de complejidad creciente, la prestación del servicio y la determinación de zonificaciones. El modelo eficientista agonizaba y daba paso a uno que funcionaba en clave corporativa.

Los efectos de esta visión de la salud no tardaron en llegar a Neuquén. El 12 de noviembre de 1969 arribó a Neuquén el Ministro de Bienestar Social de la Nación, Carlos Alberto Consigli, visita significativa por la concepción sanitaria que sus declaraciones dejaban entrever. En esa oportunidad, Consigli aprovechaba para anunciar, en relación al recientemente construido Policlínico Ferroviario, una “*propuesta para que el gobierno de la provincia tenga a su cargo el equipamiento del hospital y así se atienda*

¹¹⁹ BELMARTINO, Susana, *Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina*. Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Universidad Nacional de Quilmes, 30 y 31 de mayo de 2002. Sede UNQ, pp 8-9.

prioritariamente a los empleados ferroviarios desde Darwin hasta Zapala y a los empleados de la provincia".¹²⁰ La postura de Consigli, ya triunfante en el Ministerio de Bienestar Social, denota el intento de construir en Neuquén un sistema de salud que tuviera como pilar a las organizaciones sindicales. Esto también se reflejaba en la crítica que el ministro lanzaba contra un sistema sanitario basado en el sector público, modelo al que consideraba vetusto e ineficiente porque: *"en ningún país se presta en la actualidad asistencia totalmente gratuita a todo el que quiera servirse de ella"*. *En América se presta ese servicio, hasta ahora, únicamente en la Argentina. Y por eso, precisamente, estamos en estos momentos de falencia y crisis. De allí que en todos los países existe la tendencia al establecimiento del seguro de salud. Y en donde no se puede llevar a la práctica, se está realizando el arancelamiento de los hospitales*".¹²¹

La sanción de la Ley 611 en 1970 fue el corolario de esta visión de la salud lo detectamos en 1970. Esta legislación implicaba la creación del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), integrado por la Caja de Previsión Social de la Provincia, surgida por la Ley N° 178 y la Obra Médico Asistencial de la Administración, creada por la Ley N° 42. El ISSN se constituye en el continuador jurídico de las mismas y sus funciones estarán destinadas a realizar en todo el territorio de la provincia los fines del Estado en materia de Previsión y Seguridad Social. Esto significó la confluencia de los aportes y contribuciones previsionales con los destinados a la obra social, estableciendo los fundamentos de un esquema que, dada la escasa cantidad de jubilados de la administración, garantizaría la permanencia del ISSN. A la nueva institución, el Estado neuquino delegaba las funciones de previsión y seguridad social que, hasta esa fecha, habían estado bajo su control.

¹²⁰ RIO NEGRO, General Roca, 14-11-1969, p. 11.

¹²¹ RIO NEGRO, General Roca, 14-11-1969, p. 11.

En una provincia donde la actividad estatal adquiriría una presencia decisiva en la conformación de la sociedad, el diseño de un servicio de salud con prestaciones privadas para la totalidad de la administración pública, tanto provincial como municipal, tendría importantes consecuencias en el futuro. La normativa, que definía al ISSN como una obra social abierta y arancelada, reconocía a los afiliados el “*derecho a la libre elección de los profesionales de las ciencias médicas*” y estos últimos la “*percepción de aranceles que se establezcan por retribución de los servicios que se presten o con los importes que se determinen*”.¹²² A partir de estos fundamentos se iniciaría un largo proceso de gestación de vínculos entre el Estado como agente de financiación y el sector privado, por intermedio de la obra social provincial.

De todos modos, vale señalar de nuevo que los vaivenes entre las distintas concepciones de salud eran muestra de una complejidad ideológica muy fuerte y pujas en la administración nacional. Neuquén no quedaría tampoco exento de estos tipes y aflojes de una política descarnada que mostraba hacia 1970 los vicios de quince años de proscripción del peronismo pero también anticipaba lo violenta que sería la década entrante. Producto de estos movimientos políticos nacionales y locales, durante la Revolución Argentina volvería al comando del ejecutivo el gobernador Felipe Sapag, dando inicio a la transformación que da cierre a este capítulo.

El hospital en tiempos de cambio: la provincia en los tempranos setenta

El 23 de enero de 1970, la prensa local informa que Rosauer había elevado su renuncia como Gobernador Interventor Federal de Neuquén y que la misma sería aceptada por Onganía. La gestión de

¹²² Ley N° 611/70, art. 96 y 98.

aquel se había visto debilitada por dos episodios. El primero de ellos fue la controversia que despertó el desalojo de antiguos pobladores rurales en el norte de Neuquén, como consecuencia de la toma de posesión de nuevos propietarios. Esto se manifestaba de forma particularmente grave en Guañacos y en el Cajón del Curí Leuvú en momentos en que se *“difunde la imagen de desarrollo y progreso dinámico de una provincia nueva, con renovada mentalidad, empeñada en encontrar la salida económica e integrarse al consenso nacional”*.¹²³ El segundo aspecto se derivó de la denuncia de irregularidades en la construcción de las termas de Copahue, proyecto cuya realización fue calificado de negociado debido a la sobrefacturación y su imprevisto derrumbe.

Desde los primeros días de febrero, el presidente Onganía disfrutaba de unos días de descanso en el Messidor, residencia oficial del gobernador en Villa La Angostura. Durante su estadía y ya conocida la renuncia de Rosauer, se inicia el “operativo” de recambio del gobierno provincial. En busca de diálogo con las “fuerzas vivas” de la sociedad neuquina, Onganía identificó en Sapag el mejor representante de aquellas, entendiendo que éste último detentaba un “liderazgo natural” en la provincia. De esta manera, se daba un resultado paradójico: el gobernador que en 1966 había sido depuesto por la Revolución Argentina, era designado por ésta para tomar el mismo cargo a partir de 1970.

Aunque no estuvo exenta de polémicas, sobre todo de los partidarios locales de la “Revolución Argentina” que sentían la designación de Sapag como un desaire, la decisión de Onganía permitió al MPN volver a tomar las riendas del Estado provincial. Desde 1970 a 1973, el gobierno de Sapag desarrolló una serie de medidas que le permitieron consolidar una estructura partidaria y un firme liderazgo, que posteriormente se convertirían en importantes

¹²³ Río Negro, General Roca, 16-02-1970, p. 11.

ventajas de cara a una futura salida electoral. Entre esas iniciativas se destacaron algunas como la inauguración del aeropuerto internacional del Neuquén y la creación de la Universidad Nacional del Comahue.¹²⁴ Sin embargo, en particular, una de esas medidas terminaría convirtiéndose en un emblema de las políticas de bienestar impulsadas por el MPN bajo el liderazgo de Sapag.

El 15 de septiembre de 1970, Alberto Del Vas, Ministro de Bienestar Social de Neuquén, presentó un informe que describía el programa de acción para el sector salud que debía desarrollarse a partir de ese año. Los objetivos y estrategias planteados en el documento serían conocidos más popularmente con el nombre de “Plan de Salud”. En la introducción de aquel informe, Del Vas destacaba que desde la asunción del nuevo gobierno, en marzo de 1970, el doctor Néstor Perrone había sido designado Director General de Salud, mientras que en la Dirección Materno Infantil, se había colocado a la doctora Elsa Moreno. A estos dos facultativos el ministro había encargado la elaboración, en un plazo de noventa días, de un plan de salud para revertir en el menor tiempo posible los altos índices de “*de enfermedades como la hidatidosis, la brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente en las agrupaciones indígenas, con altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial*”.¹²⁵

El objetivo aparecía tanto más urgente cuanto que la situación sanitaria que exhibía la provincia en 1970, se mostraba preocupantemente similar a la de 1960. En efecto, si en 1960 la esperanza de vida era de 47 años, una década después apenas llegaba a los 54 años. Las continuidades son aun más evidentes en el caso de

¹²⁴SAPAG, Felipe, *El Desafío...*, op. cit., pp. 130, 137, 164, 168, 172 y 186.

¹²⁵GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio “El sector salud de la provincia del Neuquén”, en KATZ, Jorge y otros, *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, FCE, 1993, p. 83.

la mortalidad infantil que en 1960 era de 117 por mil y diez años después mostraba un preocupante 108 por mil. Pese al crecimiento del número de médicos registrados en subsistema público (de 24 a 90 entre 1960 y 1970), la prestación de servicios en el sector seguía presentando problemas. En particular era notoria la debilidad en materia de atención primaria de la salud. Los once establecimientos sin internación existentes en 1970, que correspondían a los niveles de complejidad más básicos, representaban una proporción de tan solo uno cada 14.052 habitantes.

En un escenario como el neuquino, con un subsistema privado que aun no contaba con la escala adecuada para complejizar sus prestaciones, el reforzamiento de la salud pública era la única estrategia capaz de revertir el delicado cuadro sanitario. Pero para que esas intervenciones fueran exitosas debían identificarse áreas de atención prioritaria. En este sentido, aunque se buscaba ampliar la capacidad de respuesta a la demanda espontánea en general, se puso un especial énfasis en todo aquello relacionado a la maternidad y la niñez. A esta orientación se agregaban otras más generales, pero no menos importantes, tales como planes masivos de vacunación, asistencia alimentaria a grupos en situación de deficiencia nutricional, control de la tuberculosis y atención odontológica a los alumnos en establecimientos escolares. Pero si había un aspecto que resultaba crucial en el “Plan de Salud” era la importancia asignada a la educación sanitaria, con la que se buscaba que la comunidad tomara conciencia de diferentes prácticas preventivas. En definitiva, la acción del subsistema público debía dejar de ser meramente reparadora, para transformarse en una atención médica integral, que *“no sólo cure enfermos sino que también se promueva la salud, se prevengan enfermedades, se proteja, se eduque y se rehabilite”*.¹²⁶

¹²⁶ SAPAG, Felipe, *El desafío...*, op. cit., pp. 130-134.

En la mirada de las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, estos objetivos sólo podían alcanzarse mediante el diseño de una nueva estructura organizativa para el subsistema público. De esta forma, el ministro Del Vas explicaba en la presentación de su informe que el sector se estructuraría en tres niveles –central, zonal y local-, basándose en el principio de la regionalización de las prestaciones. Esto implicaba la delimitación de cuatro zonas sanitarias que cubrían el territorio provincial y que estarían en la órbita de la Dirección General de Salud, cuyas políticas eran diseñadas a partir de cuatro áreas diferentes (atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales, y administración).¹²⁷ En el mismo sentido, la necesidad de contar con un control más estrecho sobre los distintos establecimientos del subsistema público, llevó al año siguiente a elevar el rango de aquella dirección, dando lugar a la creación a la Subsecretaría de Salud, al frente de la cual se nombró a Néstor Perrone. Al interior de la misma, además de las direcciones, emergería una instancia intermedia constituida por los jefes zonales y los directores de hospitales, quienes participarían en la formulación de los programas de equipamientos y en la determinación de las necesidades que van surgiendo en cada zona sanitaria. De esta manera, la descentralización a nivel de zonas sanitarias, se combinaba con la centralización normativa en la nueva subsecretaría.

Definidas las zonas sanitarias y los diferentes niveles de complejidad en los que se reorganizaba el subsistema público, el “Plan de Salud” lanzado en 1970 pronto daría sus primeros resultados positivos. Se construyeron los hospitales de Piedra del Águila, Las Coloradas, El Huecú y Picún Leufú.¹²⁸ También se

¹²⁷ *Ibidem.*

¹²⁸ HLPN, *Mensaje del Señor Gobernador de la Provincia de Neuquén Felipe Sapag a la Honorable Legislatura al inaugurarse en décimo Periodo Ordinario de Sesiones, Neuquén, 1974.*

remodelaron hospitales de cierta envergadura como los de Cutral Co, Zapala y Andacollo,¹²⁹ a lo que cual se sumó la creación de puestos sanitarios en Taquimilán, Los Miches, San Ignacio y Añelo. Gracias a esta renovada infraestructura, en áreas rurales del interior principalmente, se revirtió ese estado de desprotección que pesaba sobre los pobladores. La muestra más clara de ello es el marcado descenso de la tasa de mortalidad infantil. En el transcurso de tres años, la misma descendió cerca de un 50%: pasó de 108 por mil en 1970 a un muy aceptable 56 por mil en 1974, poniendo a la provincia en línea con el promedio nacional.¹³⁰

El Hospital Regional, en tanto cúspide del remozado sistema público de salud, fue objeto de múltiples transformaciones. En lo edilicio no podemos dejar de mencionar las continuas ampliaciones y remodelaciones que el nosocomio local experimentó por aquellos años. Entre ellas, es de resaltar la habilitación, en 1974, de diez camas que permitieron viabilizar un nuevo programa de Salud mental. Este servicio, dotado de personal técnico y profesional adecuado, nació de la voluntad de prevenir enfermedades mentales a nivel individual y grupal, efectuando para ello tratamientos de breve y mediano plazo, así como dando los primeros pasos en lo que a terapias ocupacionales se trata.

Claro que esta expansión y reformulación de la salud pública no estuvo exenta de conflictos. En el caso del hospital regional vemos una fuerte resistencia de importantes sectores de la corporación médica. Muchos de los médicos que tenían cargos en los hospitales acostumbraban a derivar los pacientes hacia las clínicas privadas de las cuales eran miembros, haciendo de las instituciones públicas un espacio para la construcción de sus propias clientelas. En estas condiciones, la reorganización del subsistema público que se derivaba de la implantación de un régimen de

¹²⁹ *Ibidem.*

¹³⁰ *Ibidem.*

dedicación exclusiva y de un mayor control sobre la práctica profesional, no podía sino despertar la oposición de quienes se beneficiaban de la situación hasta entonces vigente.

La resistencia de aquellos sectores médicos se transformó en conflicto hacia 1972, cuando todo hacía prever que el rumbo que se imprimía a los hospitales públicos se mantendría en los años venideros. Pocos días antes del inicio de un programa docente que la Subsecretaría había firmado con algunas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, aquellos grupos de profesionales que se desempeñaban en el hospital Castro Rendón – entonces conducido por el doctor Francisco Violante- aprovecharon para hacer explícito su repudio a la conducción de los organismos que marcaban los rumbos de la salud en la provincia. En esa tensión entre sectores de la corporación médica ligados a las clínicas privadas y aquellos otros que apostaban por el fortalecimiento del subsistema público, el poder político jugó un papel determinante al dar un firme apoyo a estos últimos. Como el propio Pellín recuerda, en los días previos a la llegada de los docentes de la UBA, el gobernador Felipe Sapag: *“vino, recorrió todo el hospital lleno de gente por todos lados, no les dio ni cinco de bolilla [a los médicos que protestaban] y nos dio un apoyo fundamental para que nosotros pudiéramos seguir adelante y eso transformó el hospital. Nuestras exigencias eran exigencias horarias, los médicos venían a la hora que se les daba la gana, no firmaban, se iban a cualquier hora, no operaban a los pacientes, no atendían”*.¹³¹

El respaldo que el gobierno de Sapag dio a los cuadros técnicos a quienes había otorgado amplias facultades para el diseño y la dirección de nuevas políticas sanitarias, fue decisivo para la continuidad del Plan de Salud. En base al respaldo político que recibió, éste pudo afirmarse como columna vertebral de las políticas

¹³¹ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007.

sanitarias para el subsistema público, manteniéndose sin cambios significativos y consolidando su imagen positiva conforme avanzaban los años. Sus diferentes grados de centralización normativa y descentralización ejecutiva, la articulación de prestaciones en niveles crecientes de complejidad, la definición de zonas sanitarias, el énfasis puesto en la atención primaria de la salud y el régimen de dedicación exclusiva para los profesionales del sector, representaron los fundamentos principales de un modelo de organización que lograría inclusive sobrevivir el embate de las políticas aplicadas entre 1976 y 1983.

Entre Beveridge y las Bardas: La figura de Antonio Del Vas.

Poner en análisis una trayectoria profesional médica que tomó lugar en el estado neuquino cuando este pasaba de ser un territorio nacional a una provincia, es un llamado al vértigo. A las nuevas generaciones de profesionales -marcados por las profundas transformaciones de la ciencia y la técnica propias del clima de época- el sur argentino les resultaba un escenario muy estimulante en las décadas de 1950 y 1960.

Toda la sintonía ideológica que valorizaba el papel planificador del Estado tuvo a Neuquén como un escenario privilegiado. Nuevas instituciones vendrían a dar carnadura a estos ambiciosos objetivos, instalando en la provincia una suerte de laboratorio desarrollista. La apuesta, por otro lado, era acuciante en una provincia que mostraba el nuevo rostro de un territorio nacional vetusto. Muchos jóvenes encontrarían entonces, *vis a vis*, un lugar donde desplegar una labor profesional imbuida de compromiso político. Todo muy a tono en épocas del juego imposible en el país y de la dinámica de izquierdas latinoamericanas tan a tono con la Guerra Fría, el socialismo cubano y la teología de la liberación.

En este marco no debería asombrarnos que Antonio Del Vas, un joven médico recibido de una Universidad de Buenos Aires en permanente convulsión, encontrara en la provincia un terreno fértil. Campo pródigo para el despliegue de una carrera profesional exitosa y veloz tanto como para madurar una amplia labor en política. Del Vas, cirujano formado en el

Hospital Durand, terminaría a los 26 años de director del Hospital de Cutral Có –ciudad donde se libraba una de las batallas más caras al desarrollismo, la del Hidrocarburo- y a los 30 Ministro de Bienestar Social de la Provincia. Tal lo narraban otros médicos que tomaron parte del mismo momento:

“Todo estaba por hacerse y nadie podía sustraerse de un rol protagónico. Era un Neuquén que se abría a la modernidad al ritmo de su flamante autonomía política. Alberto advirtió de inmediato la situación y, hombre de formación política como era, junto con su tarea de médico comenzó a frecuentar a los líderes de la provincia de la época”.¹³²

Así como tampoco deberíamos llamarnos a sorpresa que esa misma persona se casara con su compañera de militancia en una capilla de Villa La Angostura durante una ceremonia oficiada por un jesuita que aprovecharía el momento para hacer un discurso con un fuerte tono social bien propio del tercermundismo.¹³³ Y hasta el hecho que luego bautizara a sus hijos con nombres como Aluminé y Pehuén.¹³⁴ Tampoco sería del todo extraño que debiera exiliarse en los años de la última dictadura militar. En realidad cualquiera de estas postales impresionistas –que tenemos claro que a lo sumo nos cuentan de una biografía tal vez un poco más excepcional- se enmarcaron en un proceso más amplio de constitución de carreras profesionales vinculadas a estos jóvenes estados provinciales. En el caso de Del Vas esto es doblemente interesante por su papel de referente (parte de los “padres fundadores”) del Plan de Salud innovador que se

¹³² PELLIN, Osvaldo y LORES Horacio, *Una semblanza de Antonio Del Vas*, *Diario Río Negro*, 22 de mayo del 2008.

¹³³ Hay autores que insertan la figura de Del Vas como Ministro de Bienestar de la provincia “en una línea de la Iglesia católica nacional que buscaba una superación de los paradigmas excluyentes de la Justicia y Libertad, a través del concepto de Desarrollo, y por lo tanto en sintonía con el pensamiento desarrollista cristiano vigente”. LENTON, Diana, *Políticas del Estado Indigenista y políticas de representación indígena: propuestas de análisis en torno al caso neuquino en tiempos del desarrollo*, en *Revista Sociedades de Paisajes Áridos y Semi-áridos*. Revista Científica del Laboratorio de Arqueología y Etnohistoria de la Facultad de Ciencias Humanas, año II, Volumen II, Junio de 2010, p. 95.

¹³⁴ CHAVEZ, Vicki, *Del Vas: Médico y Político*, *Diario La Mañana de Neuquén*, 9/8/12.

aplicó por aquellos años y tuvo como centro al modelo de salud universal y al Hospital Castro Rendón como uno de sus brazos ejecutores.

Fuente: Casullo, Fernando, “Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Eduardo Del Vas y el Plan de Salud Neuquino”, Ponencia presentada en “Recuperando trayectorias intelectuales en el Estado. Argentina en la segunda mitad del siglo XX” Universidad Nacional de General Sarmiento, 2013.

CAPÍTULO 3: EL HOSPITAL ENTRE 1970 Y 1983: DE LA PRIMAVERA SETENTISTA A LO AÑOS BLINDADOS DE LA DICTADURA

María Beatriz Gentile

En los años de 1970 se planteó la regionalización sanitaria de la Provincia de Neuquén, como se ha señalado en el capítulo anterior. En ese momento las autoridades provinciales fijaron como prioridad, en el plan general de Gobierno, el cuidado de la salud de los habitantes a través de la red de establecimientos públicos. Tal decisión se concretó cuando fue designado un equipo sanitario calificado técnicamente que comenzó el proceso de ordenamiento sanitario. El Ministro de Bienestar Social de la provincia *Alberto Del Vas*, presentó un informe detallando las acciones a seguir y en el cual se proponía al doctor *Néstor Perrone* como Director General de Salud y a la doctora *Elsa Moreno* en la Dirección Materno Infantil. El objetivo de contar con ambos especialistas era la necesidad de elaborar un plan de acción para revertir los altos índices de enfermedades infectocontagiosas, la desnutrición y la mortalidad infantil que azotaban a la población de la provincia, en especial a los sectores más carenciados.

En el orden nacional y provincial la situación era propicia para encarar de forma definitiva una propuesta que atendiera los problemas más urgentes. El *Programa Provincial de Actividades* se sustentó tanto en las políticas nacionales que incluían la atención de la salud en el modelo de desarrollo social y difundían instrumentos técnicos y capacitación a través de sanitaristas calificados; como así también en las administraciones sanitarias previas, que al culminar en 1968 y 1969 las transferencias a la Provincia de los últimos servicios de propiedad nacional, habían previsto propuestas

reorganizativas para el nivel central, la organización y normatización del subsistema de servicios y la zonificación sanitaria. Con todo ello se fue delineando un *Programa de Atención Médica Integrada* y se inició la capacitación de profesionales y técnicos en organización y administración de servicios que permitió conformar el equipo de conducción del nuevo proyecto.

El documento fundacional del proyecto fue la “Programación de Actividades” para el año 1971, que expresaba una serie de lineamientos y cursos de acción para el ordenamiento general del sistema, entre los que sobresalían¹³⁵:

- 1- Una programación de actividades provincial única, por consolidación de los programas de los establecimientos y sus áreas, a fin de brindar a la población prestaciones de atención médica integrada con el propósito de elevar su nivel de salud.
- 2- La adecuación de la estructura del sector oficial de salud sobre la base de la regionalización y la normatización central y la descentralización ejecutiva.
- 3- La jerarquización global del sector, convirtiendo a la *Dirección General de Salud Pública* en *Subsecretaría de Salud*.
- 4- La asignación de áreas de responsabilidad a los establecimientos, los que canalizarían la totalidad de las actividades convirtiéndose en efectores únicos de las mismas, y a quienes competía la detección de los problemas y el desarrollo de acciones de protección y prevención.
- 5- La incorporación de nuevas modalidades de trabajo a los establecimientos, como la visita médica -y luego odontológica- periódica programada a poblaciones nucleadas y escuelas y la visita domiciliaria por el agente sanitario.

¹³⁵ GARCIA. Antonio. J.L. *La regionalización sanitaria en Neuquén*. Neuquén, 1998 (s.d.e).

El *nivel central* -definido por el esquema provincial descrito en capítulos anteriores-estuvo a cargo de la *Subsecretaría de Salud*, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, creada en 1971 y fue lo que jerarquizó globalmente al sector con autonomía en la administración presupuestaria. Estaba asistida por una Dirección de Administración y una Dirección General. De la última dependían las unidades esencialmente normativas de Atención Médica, Servicios Técnicos Generales y Saneamiento Ambiental y también las Jefaturas Zonales en las que se delegó la ejecución de actividades a través los establecimientos de atención médica en el ámbito geográfico asignado.

A *nivel zonal* se dividió la provincia en cuatro zonas sanitarias, cada una de ellas a cargo de un Jefe de zona, con clara asignación de funciones técnico-administrativas delegadas por el nivel central. A la Zona le competía la supervisión y adecuación de las normas técnicas de atención, de organización de recursos, registros médicos y administrativos, así como la consolidación de los programas de áreas locales. La creación y consolidación de este nivel “pivote” o articulador resultó fundamental para el funcionamiento descentralizado y unificado. Por último a *nivel local*, las Zonas Sanitarias fueron divididas en “áreas programas” cuyos espacios geográficos fueron claramente delimitados y atribuidos a un establecimiento asistencial que debía contar con internación. Esto permitió unificar la autoridad y la responsabilidad sobre los diferentes “programas verticales” que quedaron integrados en un programa operativo único a nivel establecimiento. Todas las actividades de atención médica comenzaron entonces a canalizarse a través de los servicios que fueron identificados como efectores únicos de las mismas en el área geográfica asignada, en la cual debían operar según las modalidades de internación, consulta y visita domiciliaria e identificar los problemas, programar y ejecutar las actividades sobre una población definida, con normas unificadas

adaptadas a las realidades locales. Para la delimitación de las áreas se tuvo en cuenta sobre todo el factor accesibilidad a los servicios por parte de la población y el mayor respeto posible por los flujos de circulación habitual de los pobladores.

Las pautas planteadas por la “*Guía para la calificación de los establecimientos de Atención médica por Niveles de complejidad*”¹³⁶ elaborada por la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en 1969, definía el nivel de los establecimientos asistenciales de acuerdo a dos parámetros: la diversificación en cuanto a las actividades que realizaban y el grado de profundización que lograban en su implementación. Para cada uno de los nueve niveles definidos (I a IX), se habían establecido muy claramente los objetivos, actividades finales, actividades intermedias, actividades generales, personal, relaciones con los otros niveles, estructura administrativa y normas de funcionamiento, por lo que resultó un instrumento sumamente valioso para el proyecto inicial de organización de los servicios provinciales y se lo usó como pauta para la asignación de recursos y desarrollo de servicios.

En la Provincia para 1971 solamente se incluyó los niveles de complejidad que se preveía instrumentar con los recursos disponibles en ese momento. El *Nivel de Complejidad I* fue adoptado para los Puestos Sanitarios rurales, a cargo de un Agente Sanitario, con visitas médicas -y luego odontológicas- periódicas. Tenía responsabilidad sobre un sector geográfico. El *nivel II* se establecía para los Centros de Salud ambulatorios- urbanos, entonces

¹³⁶ El Consejo Federal de Inversiones (CFI) definió como “*complejidad*” al número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas, y formuló una descripción de los niveles y un método para la clasificación de los servicios de atención médica. El criterio y la metodología fueron aprobados por la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en enero de 1969 y desde entonces se adoptaron como instrumentos normativos para adecuar los servicios de Atención Médica por casi todas las jurisdicciones del país. Cfr GARCIA, Antonio, *op. cit.*

llamados *Consultorios Periféricos*, con atención médica diaria; y para algunos establecimientos rurales que por sus características incorporaban un médico permanente pero no tenían capacidad para internar pacientes. El *nivel III* contaba con internación general y estaba autorizado para la atención de partos; refería también un plantel de enfermeros y otros agentes auxiliares y de servicios generales y su Director, que era un médico general, estaba a cargo del Área Programa del establecimiento. El *Nivel de Complejidad IV* ya brindaba una atención ambulatoria e internación según especialidades básicas -Clínica Médica, Cirugía, Tocoginecología y Pediatría-, además de asumir su responsabilidad sobre su propia Área Programa, el hospital funcionaba como establecimiento de referencia para una Zona Sanitaria y disponía de quirófano, laboratorio y radiología básicos. Y por último el *Nivel de Complejidad VIII* que era el máximo nivel de complejidad disponible por ese momento. Contaba con internación por especialidades básicas y atención para las mismas como para muchas de las especialidades denominadas *críticas*, es decir aquellas que por su escasa disponibilidad de oferta resultaban de difícil cobertura: neurología, traumatología, neurocirugía, oftalmología, etc. A su vez era el único establecimiento provincial que poseía los servicios más complejos de Laboratorio, Radiología, Anatomía Patológica, entre otros. El *Hospital Neuquén* fue el exponente de este nivel de complejidad y, además de atender su propia Área Programa fue a la vez establecimiento de referencia para la Zona Sanitaria I y para el resto de los hospitales provinciales de nivel intermedio, completando así la integración de la red.¹³⁷

¹³⁷ PROVINCIA DE NEUQUEN. Subsecretaría de Salud. *Desarrollo de las Acciones y situación actual*. Neuquén, Noviembre de 1983.

Los años setenta: el surgimiento de un Hospital Moderno

Los lineamientos del “Plan de Salud provincial” implementados en la década permitieron mejorar significativamente los servicios asistenciales de prevención y control de la salud en la Provincia. Por esos años se expandió la oferta médica con la designación de agentes sanitarios, se intensificaron las campañas de vacunación y comenzó a funcionar el sistema de residencia médica en el Hospital Central con el apoyo de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

La falta de profesionales formados fue uno de los obstáculos más importantes que debió enfrentar el gobierno provincial en materia de desarrollo social, económico y cultural. Lo que se presentaba en el ámbito de la salud, se evidenciaba también en otras áreas y fue tal vez una de las razones que llevaron a impulsar la creación de una Universidad Provincial. En este contexto y con la urgencia que implicaba atacar los altos índices negativos, en especial la atención materno infantil, la formación y reclutamiento de recursos humanos se hizo indispensable. A partir de 1971 se incorporaron al Hospital nuevos profesionales que provenían de otros establecimientos nacionales convocados por la doctora Moreno con el objetivo de reforzar el área de pediatría, que en esos años estaba a cargo del doctor Eduardo Azar y era prioridad en el diseño sanitario.¹³⁸

Para ese entonces el Director del Hospital, Dr. Violante, hizo construir en un pasillo adyacente al Centro Materno infantil, la

¹³⁸ Para esa época llegaron el Dr. Adolfo Mantilaro, procedente de la maternidad Peralta Ramos de Buenos Aires y los pediatras María Elena Chiessa, Alejandro Ferrari y Ernesto Maletti, procedentes del Hospital de Niños de Buenos Aires, “Ricardo Gutierrez”. En 1972 se incorporó el doctor Fernando Bulgarelli y dos años después lo hicieron la doctora Isabel Álvarez, el Dr. Gerardo Heavy, procedentes también del Hospital de Buenos Aires; la Dra. Cristina Garibaldi con formación neonatológica y el cirujano infantil Dr. Nelson Iglesias, formado también en la Residencia de cirugía infantil del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez.

primera sala de Neonatología. El jefe de ese sector fue el doctor Adolfo “Coco” Mantilaro y trabajaban con él Fernando Bulgarelli, Marta Acuña y Rosita Zuleta. Hasta comienzos del año 1974 existía en el Hospital solo una sala común de internación para niños: “...*los neonatos se internaban en un pasillo que el Dr. Mantilaro había tomado y acondicionado para colocar allí unas cunitas. Los médicos solo atendían en horario matutino y no había guardia activa de pediatría. No se efectuaba la recepción del recién nacido por pediatras*”.¹³⁹

El crecimiento de neonatología estuvo directamente vinculado al crecimiento del área de Pediatría. La infraestructura del Servicio era mínima con viejas incubadoras Weros y Amstrong y “*la posibilidad de amamantamiento era una quimera*”.¹⁴⁰ En mayo de 1975 se inauguró un nuevo sector de Neonatología junto a la internación pediátrica. Con esta ampliación, según el doctor Videla, se humanizó la atención: los padres y madres dejaron de ser considerados “visitas” y el ingreso irrestricto de los mismos, los transformó en destinatarios de este servicio de salud y partícipes del cuidado de sus hijos.

¹³⁹ Entrevista a Isabel Álvarez. Médica pediatra del Hospital Regional, nombrada en Mayo de 1974 y Jefa del servicio de Pediatría entre los años de 1986 y 1994. Neuquén, 4-07- 2013.

¹⁴⁰ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Neonatología. Dr. Alberto Videla. Como dijimos en el capítulo previo, un grupo de antiguos y actuales jefes de servicios, directores y profesionales del Hospital, en actividad o retirados, están preparando un libro que da cuenta del desarrollo histórico de cada uno de los servicios, también en el marco del centenario de la Institución. Muy generosamente y con la pretensión de contribuir a la mejora del presente texto, nos han facilitado la lectura y uso de parte de ese material inédito. Valgan estas líneas para reiterar nuestro agradecimiento sincero a esta desinteresada colaboración, en especial al Dr. Miguel Pulita. En adelante y cuando se use información proveniente de dicha obra, se consignará como *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, el nombre del servicio correspondiente y el nombre del profesional que escribió o coordinó la información de su servicio.

Las carencias de formación y profesionales en varias especialidades eran de tal magnitud, que en algunos casos el único recurso con el que se podía contar era la vocación y compromiso individual de los profesionales. En una oportunidad, según testimonios de la época, la doctora Moreno le comentó al doctor Bulgarelli “*Acá un problema que tenemos es la especialidad de neonatología y necesitamos gente que se forme en esto... ¿no se iría un año a Córdoba a especializarse y luego vuelve y forma gente acá?*” y el mismo Bulgarelli le dijo “*¿y qué pasa si yo decido quedarme en Córdoba, y no volver?*”, y Moreno le respondió “*bueno doctor, no se preocupe, algún chico en otro lugar va a ser bien atendido*”.¹⁴¹ Igualmente, el doctor Bulgarelli se especializó en neonatología y retornó a Neuquén; en 1974 se inauguró el sector de Neonatología y la Jefa de Servicio fue la Dra. M. Cristina Garibaldi. Otros profesionales también fueron convocados para cubrir el resto de los Servicios del Hospital: Ginecología y Obstetricia, Clínica Médica y Cirugía General.

La formación y capacitación fue el otro aspecto complementario que imponía el

Plan de Salud; no se trataba sólo de traer recursos formados, sino también conformar una planta propia de profesionales con efecto multiplicador. Para ello, la aprobación del sistema de *Residencias* y la modalidad de *tiempo completo (full time)* para los médicos, fueron estrategias decisivas. A partir de 1970 se llevó a cabo la capacitación teniendo en cuenta el tipo de personal y el grado de formación de

“Hubo profesionales que no se adaptaron a las nuevas modalidades de atención, renunciaron a sus cargos o buscaron nuevos caminos para su profesión. Otros en cambio se integraron al Plan de salud. En esta transición el Dr. Azar supo formar parte del cambio con convicción y con algunos costos personales que supo atenuar y orientar positivamente para el desarrollo armónico del Servicio”

Isabel Álvarez

¹⁴¹ Entrevista a Alberto Videla. Pediatra y Neonatólogo del Hospital. Desde 1992 al 2011 fue jefe de servicio.

acuerdo con los requerimientos que planteaba cada uno de los niveles del sistema de servicios. En 1974 se realizaron los primeros concursos para la selección de Jefes de Servicio y de ellos resultaron el doctor Coco Mantilaro, como jefe de Pediatría, el doctor Samuel Cravchic en Obstetricia, el doctor Carlos Losada en cirugía; el Dr. Antonio Paz en traumatología, el Dr. Roberto Raña en Hematología y el doctor Armando Kremer en clínica médica.

En cuanto al perfeccionamiento médico, se privilegió la formación de recursos para la cobertura de los hospitales de baja complejidad a través de la *Residencia de Medicina General con Orientación Rural*, cuyo objetivo era capacitar a médicos que asumieran la responsabilidad de conducción de los hospitales locales de menor complejidad. En 1974 se inauguró la *Residencia* y la primera promoción egresó en 1976. Poseía un programa formal que comprendía contenidos clínicos, de medicina comunitaria y administración sanitaria. Esta primera etapa se llevaba a cabo en el Hospital Neuquén, con pasantías en el nivel local-zonal. Luego, a partir del tercer año de trabajo en establecimientos de baja complejidad, los médicos eran relevados y reubicados en el nivel próximo superior, pudiendo optar por continuar como médicos *generalistas de familia*, o ser capacitados un año más en una especialidad. Ingresaban como residentes y se los formaba en las cuatro líneas básicas: *Cirugía, Clínica, Toco-ginecología y Pediatría*; luego el compromiso de esos residentes era trabajar por un tiempo en los hospitales del interior de la Provincia. La primera residencia lineal fue *clínica* que comenzó entre 1978 y 1980 bajo la jefatura de servicio del doctor Armando Kremer.

La decisión de hacer del Hospital Regional un ámbito de formación y capacitación profesional fue de una significación sustancial. Esto junto a la política de incorporar médicos con experiencia en otros establecimientos del país y con una formación especializada en determinadas áreas constituyó uno de los aportes

cruciales que posibilitó un salto cualitativo en la expansión de la cobertura asistencial de la provincia: *“...en 1974 fue la primer residencia, fue un hito en la historia del Castro Rendón y le dio características de Hospital Moderno... hubo gente que tuvo vocación de servicio increíble... la incorporación de médicos con dedicación exclusiva (full time) que venían de residencias de Hospital de Niños de Buenos Aires por ejemplo, cambió radicalmente la lógica con la que se venía trabajando, porque se buscaba gente formada y se consultaba a sanitaristas como Elsa Moreno y Nestor Perrone y ellos señalaban de donde traer médicos...”*.¹⁴²

En sus inicios el Plan de Salud fue muy resistido por la comunidad médica local, en especial por el Colegio Médico de la ciudad de Neuquén. Como ha sido planteado en apartados anteriores, la adopción del médico de “tiempo completo” fue el aspecto más resistido toda vez que modificó la modalidad de atención al ampliar el horario de consulta; se pasó de un Hospital de “medio día” a una oferta de servicio hasta las 17 horas y con guardias hospitalarias en manos de profesionales formados. Esta situación no estuvo exenta de conflictividad, para muchos profesionales que venían trabajando bajo la modalidad anterior de atender por la mañana en el hospital y por la tarde en su consultorio privado, la aparición de los “nuevos full times” despertó recelos. En una solicitada publicada en el Diario *Río Negro* el 2 de mayo de 1974, el Colegio Médico exponía: *“...se marcha a producir una división de todos los profesionales o trabajadores de salud entre un núcleo al que se ofrece como única alternativa de trabajo una DEDICACION EXCLUSIVA que sirve para explotar la mano d obra barata que representan y otro dedicado a ejercer en organizaciones privadas, mutuales, obras*

¹⁴² Entrevista a David Pedemonte, ingresó como médico al hospital en febrero de 1976, fue jefe de Terapia Intensiva y director del Hospital en los años de 1991 a 1994. Neuquén 4-07-2013.

*sociales y consultorios... con la tendencia de la Subsecretaría en la “pesca” de profesionales que acepten la dedicación exclusiva sin ofrecerles condiciones de trabajo dignas... la única perjudicada será a salud de la población y quien así no lo entienda no quiere cambio, sólo quiere “cambalachear” con la salud”.*¹⁴³

El sector público de la salud, se vio fortalecido por una masa importante de recursos humanos que dedicaba todo su horario laboral en la atención médica intra y extra hospitalaria ya que se trabajaba 8 horas, con guardias de 24hs. 1 o 2 veces por semana y cobertura de sábados y domingos. Asimismo los médicos full times cubrían la atención en los *centros periféricos*: “Al Dr. Azar durante su jefatura le tocó la nada fácil tarea de ensamblar las nuevas modalidades de atención de los nuevos integrantes con los otros pediatras que formaban parte del sector como por ejemplo los doctores Pereyra Duarte, Naum Novodvoretz, Alfredo Chertrudi, Rosa Zuleta, Marta Acuña y otros aunando experiencias y superando conflictos que evidentemente surgían en el quehacer diario. Hubo profesionales que no se adaptaron a las nuevas modalidades de atención, renunciaron a sus cargos o buscaron nuevos caminos para su profesión. Otros en cambio, como los mencionados anteriormente se integraron al Plan de salud. En esta transición el Dr. Azar supo formar parte del cambio con convicción y con algunos costos personales que supo atenuar y orientar positivamente para el desarrollo armónico del Servicio”.¹⁴⁴

Las residencias se completaron con un programa de formación que incluía pasantías, cursos y seminarios que los médicos ya formados realizaban dentro y fuera de la Provincia, en los servicios, y en algunas ocasiones con docentes de otros establecimientos

¹⁴³ Citado en GOROSITO, Jorge y HELLER Horacio. “El sector salud de la provincia de Neuquén” en KATZ, J y otros *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*. Buenos Aires, FCE, 1993. p. 92

¹⁴⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Pediatría. Dra. Isabel Álvarez.

nacionales. Durante los años de 1976 y 1977 funcionó la *Comisión Coordinadora de Ciencias de la Salud*, con la participación del Estado, Colegios profesionales y Sociedades científicas. Allí se acordó que el sector público se haría cargo de la capacitación del personal profesional, mientras que las sociedades científicas se reservaban la tarea de actualización. De esta forma el Estado neuquino encaró las líneas de capacitación más complejas, como la Residencia en Medicina General y auspició los cursos prolongados de administración sanitaria, epidemiología, enfoque de riesgo y otros.¹⁴⁵ El Hospital Regional se transformó en un factor central para la capacitación que bajo modalidades adecuadas a cada función, desarrolló esta actividad a través de *subprogramas*.

También el sector de enfermería y personal auxiliar fue incluido en este esquema. Es de destacar que el conocimiento de estos últimos era de tipo empírico; para 1970 según informaba el subsecretario, el 80 % de enfermeros y enfermeras que actuaban dentro del sistema no tenía capacitación formal, veinte años después y gracias a los cursos anuales de auxiliares, las becas para cursos superiores y la apertura de la *Escuela Superior de Enfermería*, ya no quedaban empíricos. Para 1980 se había capacitado al 68,9 % de los profesionales, al 21,9 % de los técnicos y a un 34,4% de los auxiliares.¹⁴⁶

El Hospital se fue transformando de acuerdo a las necesidades que el Plan de salud iba señalando. La centralidad que ocupaba dicho

“...Lo que cambió decididamente a partir de entonces fue la noción del Hospital que espera a los pacientes por la de un hospital que va a buscar a la gente, y este creo, fue el cambio más importante...”

Coco Mantilaro

¹⁴⁵ GOROSITO, Jorge y HELLER Horacio. “El sector salud de la provincia de Neuquén” en KATZ, J y otros *El sector salud en la Republica Argentina su estructura y comportamiento*. Buenos Aires, FCE, 1993. Pág. 80.

¹⁴⁶ PROVINCIA DE NEUQUEN. MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. SUBSECRETARIA DE NEUQUEN. *Desarrollo de las acciones y situación actual*. Neuquén, Noviembre de 1983.

establecimiento y sus recursos humanos en la articulación del sistema lo convirtió en el referente más importante no sólo en el tratamiento especializado de la salud sino también en el auditor más exigente de las políticas implementadas por la administración provincial. Desde los inicios el grupo de profesionales que constituyeron lo que podría llamarse el “núcleo duro” del Plan asumieron un lugar de marcada autonomía sustentado en la calificación profesional de sus cuadros y en los resultados positivos obtenidos en materia de salud. Esto hizo que las diferentes gestiones de gobierno encontraran en la comunidad profesional del Hospital su interlocutor más difícil al momento de evaluar la pertinencia de las políticas proyectadas. Ya en los inicios el mismo Felipe Sapag, siendo gobernador, tuvo que modificar algunas de sus prácticas cuando recorría localidades del interior de la provincia “...*la entrega de leche estaba prevista en el programa Materno-infantil y un día – contado por Elsa Moreno- la llama por teléfono Sapag y le dice, “doctora estamos quitándonos los roles, yo antes daba le leche y ahora la da usted, ¿en qué quedamos?” Y Elsa le dice “Gobernador deje que la leche está dentro del Plan de salud, usted ofrezca el Plan, que eso es lo importante”... y así lo tomó Sapag, y ahí comenzó a hablar del concepto de la salud como derecho, comienza a hablar de accesibilidad, incorporó el vocabulario con que nosotros nos formamos, y el hospital comenzó también a tomar la idea de socialización que antes no la tenía...*”¹⁴⁷

En esos años el Hospital comenzó a desandar su rol de establecimiento cerrado para abrir puertas en los centros de salud, esto implicó que desde los médicos hasta las enfermeras y enfermeros debían ir a los centros periféricos: “*recuerdo que los ginecólogos no querían salir a los centros porque les faltaba instrumental y la camilla, y bueno ...pero había que armar esos*

¹⁴⁷ Entrevista a Coco Mantilaro. Médico pediatra; fue Jefe del Servicio de pediatría desde 1974 a 1976. Neuquén 13-08-2013.

*espacios y nuestras discusiones en el hospital eran sobre esto “¿y que le vas a ofrecer a las mamás de los barrios, a las adolescentes? decíamos... lo que cambió decididamente a partir de entonces fue la noción del Hospital que espera a los pacientes por la de un hospital que va a buscar a la gente, y este creo, fue el cambio más importante...”*¹⁴⁸

El hospital en tiempo del terrorismo de estado: la Dictadura cívico-militar de 1976

En 1976 asumía como gobernador de facto en la Provincia de Neuquén el coronel José Martínez Waldner, previo interinato del coronel Eduardo Contreras Santillan. Martínez Waldner se mantuvo en ese cargo hasta 1978, año en que asumió el general Manuel Domingo Trimarco.

Las experiencias dictatoriales que siguieron a la cruzada golpista de los años sesenta en América Latina, y particularmente en la Argentina, presentaron una singularidad, no fueron solo la instalación de un Estado militarmente ocupado, se produjo un cambio profundo y cualitativo en la propia concepción del estado: la configuración del *Estado Terrorista*. Los principios de sujeción a la ley fueron invalidados y se instalaron otros mecanismos paralelos: los del estado clandestino. El *terrorismo de estado* como tal convalidó la práctica sistemática de la tortura, la autorización policial para matar en lugar de capturar a las personas vivas, las represiones colectivas y el crimen político. De esta forma, la coerción reemplazó a las decisiones democráticas y el autoritarismo se configuró en el manejo discrecional del aparato del estado y en la abrogación de derechos y libertades ciudadanas, rasgo también dominante en las demás experiencias dictatoriales argentinas. En la

¹⁴⁸ Entrevista a Coco Mantilaro. Neuquén, 13-08-2013.

medida en que los principios de sujeción a la ley, la publicidad de los actos y el control judicial de los mismos -sustento filosófico-jurídico del estado democrático-, fueron invalidados a partir de su interpretación como obstáculos que incapacitaban al propio estado para defender los intereses de la sociedad, se instalaron otros instrumentos acordes al carácter clandestino del Estado.¹⁴⁹

En el ámbito provincial, la intervención militar en sus inicios no fue considerada novedad teniendo en cuenta la trayectoria de quiebres institucionales que el país venía soportando desde la década de 1930. En gran medida una porción importante de la clase política y la prensa venían alentando la salida dictatorial de la crisis política que vivía la Argentina bajo el gobierno de Isabel Martínez de Perón. En ese sentido, la llegada de un interventor militar al gobierno no generó demasiada reacción ni en la clase política local ni en los niveles de la administración provincial que en general conservó al personal civil y profesional de conducción que se venía desempeñando hasta el momento.¹⁵⁰ La percepción de los neuquinos con respecto a la intervención el general Martínez Waldner en el primer tramo del gobierno militar, durante el cual la caída abrupta del gasto social se combinó con una

“El Secretario de Estado de Salud Pública de la dictadura el Dr. Iran Campo al puntualizar en la necesidad de observar el país real y transitar por este aparente destino al hacer referencia al conflicto social borra de modo paradójico la figura del “desaparecido”. Doblemente anulado, por su “desaparición” física y por la afirmación de su inexistencia en un discurso que postula como premisa la franca objetividad”

Hugo Spinelli

¹⁴⁹ DUHALDE, Eduardo Luis. *El Estado terrorista argentino: quince años después una mirada crítica*. Buenos Aires, EUDEBA, 1999.

¹⁵⁰ Esto último no excluye que agentes de la administración provincial en todos sus niveles no hayan sido perseguidos políticamente y cesanteados bajo el régimen militar. Sin embargo, hubo cierto grado de continuidad de jerárquicos y empleados en la mayor parte de las diferentes áreas y estamentos del aparato administrativo provincial.

desprolijidad administrativa importante, fortaleció el imaginario negativo que la cultura política provincial le había asignado históricamente a las intervenciones federales.¹⁵¹

En estos años hubo una continuidad relativa de las políticas de desarrollo planteadas durante los anteriores gobiernos democráticos. En términos generales, la necesidad de reforzar las áreas de frontera y evitar de esta forma su despoblamiento, coincidía con los objetivos de los sectores militares en la idea de asegurar la soberanía nacional en la extensa región cordillerana. Es por ello que el diagnóstico que a finales de los años sesenta había realizado el *Consejo de Planificación para el Desarrollo* (COPADE)¹⁵² acerca de la situación económica social de la provincia y algunas de sus propuestas, fueron tomadas por las nuevas autoridades e incluso los agentes y técnicos pertenecientes a este organismo continuaron en sus puestos de trabajo.

En materia de salud, el Secretario de Estado de Salud pública de la dictadura durante el período comprendido entre los años 1976-1981 fue el *Dr. Manuel Irán del Campo* quien en su discurso de asunción afirmaba en relación a las políticas públicas, que éstas eran “...*un insumo fundamental para planificar las actividades (...) hacia el interior del aparato técnico administrativo del Estado...Deben referirse y estar dirigidas al país real, evitando el uso de modelos teóricos, conceptualmente impecables en algunas oportunidades, pero despegados de las costumbres, valores, tradiciones que constituyen la esencia cultural de una sociedad. Si la salud es un derecho del hombre, de todos los hombres, la única vía de efectivizarlo es mirando hacia adentro, hacia el país real, hacia todo el país*”.

¹⁵¹ BLANCO Graciela y otros. *Neuquén 40 años de vida institucional*. Neuquén, COPADE, 1998.

¹⁵² El COPADE fue creado en 1964 como organismo dependiente del Poder ejecutivo provincial y tenía por objetivo la implementación de proyectos que posibilitasen el desarrollo integral de la provincia.

Hasta aquí el Plan de Salud de Neuquén parecía estar en consonancia con los lineamientos básicos a los que se refería el ministro; sin embargo más adelante exponía el real problema que concentraba la atención del gobierno cívico-militar: “...el *conflicto social abierto que adquirió características de inusitada gravedad, signado por una violencia desconocida en nuestro medio*” y justificaba esta alusión bajo el argumento “...*el sector salud forma parte del sistema social global y en su interior se vieron reflejados, con inusitada gravedad, los fenómenos contextuales señalados*”.¹⁵³

En esta perspectiva la conflictividad política –en especial el activismo de las organizaciones político revolucionarias y del sindicalismo- constituía el centro de atención de la acción represiva de las Fuerzas Armadas. Las acciones emprendidas por el Plan de salud provincial y los objetivos del mismo en materia de prevención y atención primaria de la salud no entraban en colisión con el objetivo primordial del estatuto de la Dictadura que era la eliminación física e ideológica del oponente en el contexto del “anticomunismo” de la guerra fría. Por el contrario, la preocupación y vigilancia extrema iba dirigida hacia las actividades de militancia política y/o sindical de quienes trabajaban en el ámbito de la salud, o en tal caso frente a la reacción que a directivas emanadas del poder militar algún agente llegara a plantear; y así lo hicieron notar en la persecución y hostigamiento a determinados profesionales. De esta forma el modelo implementado en la Provincia de Neuquén no fue objeto de controversia, los programas de medicina rural, la práctica de visita domiciliaria y los puestos sanitarios fijos en las áreas más alejadas no experimentaron cambios significativos, como tampoco lo hicieron las zonas sanitarias ni los diferentes grados de complejidad: “...*para los representantes del gobierno militar, aquel modelo constituía algo que debía preservarse en función de sus*

¹⁵³ Citado en SPINELLI, Hugo Guillermo *La violencia como problema de salud pública: el terrorismo de Estado en Argentina 1976-1981*. S.d.e

*buenos resultados, pero también un valioso botín que podía servir a la legitimación del nuevo régimen”.*¹⁵⁴

No sucedió de la misma forma en la vecina Provincia de Río Negro. Aquí el subsector privado de la salud tuvo una capacidad mayor de organización y presión sobre las estructuras estatales y esto le permitió desarmar el esquema sanitario implementado por el gobierno de Mario Franco. El doctor Iglesias había sido designado frente a la Dirección Provincial de Salud Pública. Antes, se había desempeñado como director del Hospital de Comodoro Rivadavia, el más grande por entonces de la Patagonia. Franco le encargó a este profesional la ejecución del programa, pero su muerte en un accidente aéreo hizo que lo sucediera en el cargo el doctor Dall Bo. Este último coincidía en que la modalidad del médico full time y en la descentralización de la atención sanitaria con la instalación de *centros de salud* en los barrios, como se estaba haciendo en Neuquén, era una estrategia valiosa para enfrentar los problemas que aquejaban a la población rionegrina: “...Dall Bo era pediatra y un gran sanitarista...cuando implementa el full time los médicos más antiguos se manifestaron en contra y señalaban que habían tendencias de izquierda en la dirección... el colegio médico de Roca fue muy activo y Franco decidió reemplazar la conducción y ahí comenzó la persecución y el Plan de Salud se cayó... muchos médicos como Horacio Heller, Hernán Calvo, Báncora, Eduardo Garcia, Antello, yo y otros que no recuerdo ahora, nos fuimos a Neuquén, allí nos ofrecieron trabajar en el Castro Rendón”.¹⁵⁵ Para el sector privado de la medicina rionegrina, el Hospital era su adversario y no todos realizaban la misma evaluación respecto del plan “El Plan de Salud se implementó a partir de alguna

¹⁵⁴ TARANDA, D y otros. *Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*. Neuquén, EDUCO, 2008. P. 68.

¹⁵⁵ Entrevista a Daniel Correa. Médico cirujano, ingresó en 1975 al hospital y fue Jefe del Servicio de 1989 a 1994. Neuquén, 4-07-2013.

*dependencia de salud pública no sé si de Nación o de la Provincia de Río Negro. Pero era como una corriente innovadora así se hizo la propaganda, tenía mucho más carga de propaganda que de hechos reales o de cambio reales (...) Cuando el plan se pone en funcionamiento tenemos nuevas autoridades, colegas que tienen procedimientos muy, yo diría, autoritarios con los viejos médicos del hospital en el caso de los pediatras y de otros también. Entonces aparte de ocupar horas de trabajo que las teníamos bien abundantes ocurrió una especie de rechazo de relevo a nosotros como que fuéramos delincuentes digamos o precediéramos mal y este nos chocaba”.*¹⁵⁶

Algunos consideraban que la militancia política, en especial la perteneciente al peronismo, tenía una presencia demasiado activa en el sistema de salud y ello fue motivo de persecuciones con resultados graves para empleados del hospital: “...se empezaron a implementar en los barrios los centros de salud barriales, que incluso se implementó en mi barrio, eso era lo que nosotros dentro de la militancia política trabajábamos en el Plan de Salud y teníamos militancia política dentro del Partido Justicialista, nosotros éramos miembros de la Juventud Peronista. Ahí más o menos comenzó mi vivencia que creo que por eso en el golpe del 76 como ya sabían quienes habíamos entrado por el Plan de Salud... fuimos detenidos”.¹⁵⁷ La dictadura habilitó la “delación” como una práctica corriente y esto la convirtió en una forma de cobrar viejas deudas, sin saber siquiera las gravísimas consecuencias que podía llegar a tener el acusar a alguien de “zurdo” o “comunista”:

¹⁵⁶ Testimonio de Tomas Herczeg en audiencia pública, causa N° 731 “Luera y otros s/ privación ilegal de libertad. Neuquén. TRIBUNAL ORAL FEDERAL N° 2. Año 2012. Fue Médico pediatra del Hospital de Cipolletti entre 1961 y 1981.

¹⁵⁷ Testimonio de Raúl Soto, en audiencia pública, causa N° 731 “Luera y otros s/ privación ilegal de libertad. Neuquén. TRIBUNAL ORAL FEDERAL N° 2. Año 2012. Soto fue detenido dos veces y torturado en la Comisaría n°4 de la ciudad de Cipolletti; por las torturas perdió el tímpano del oído izquierdo.

“...desde el 74 al 77 trabajé en el hospital de Cipolletti. Yo no dejé de trabajar a mi me echaron... en el mes de febrero estaba de vacaciones y vienen a mi casa una compañera, una mucama a decirme que en el hospital se decía que yo estaba en una lista de gente que no iba a trabajar más. Era un día sábado, yo el día lunes me presenté en el hospital ante la señora que era administradora, la señora Nilda Martínez y ella me dijo así parada y apenas si me atendió, que yo estaba en una lista de gente subversiva que había venido de Viedma. Y por lo tanto no tenía más que ver con el trabajo. Yo le quise pedir un certificado, una explicación algo y me dijo “no, estás en una lista y no te puedo dar ninguna cosa, así que lo mejor que podés hacer es irte”.¹⁵⁸ En Río Negro el Plan de Salud preveía instancias de participación comunitaria a través de los Consejos locales, zonales y de un Consejo Provincial de Salud, algo de lo que carecía el Plan de Neuquén, y ello suponía un nivel de activismo social y político de mayor alcance. Asimismo el Colegio médico de General Roca ejercía una importante influencia, al punto que en el primer año de la dictadura de ese ámbito había surgido la denuncia falaz de que en el Hospital estaba internada la dirigente montonera Norma Arrostito y que en el entretecho del hospital se escondían armas y en el laboratorio se hacían explosivos: “El doctor Carlos García era Jefe de la Zona Sanitaria del Alto Valle y me convocó para que organizara el mantenimiento de los hospitales del Alto Valle... un día me contó que habían ido a su casa y los despertaron, no sé si la policía o el ejército, y lo obligaron a que acompañara al responsable del operativo para revisar el hospital y constatar si esa denuncia era cierta y revisaron los entretechos, todo... ”.¹⁵⁹

¹⁵⁸ Testimonio de Alicia Soto en audiencia pública, causa N° 731 “Luera y otros s/ privación ilegal de libertad. Neuquén. TRIBUNAL ORAL FEDERAL N° 2. Año 2012.

¹⁵⁹ Testimonio de Mario Raul Bertoni. Arquitecto, especialista en arquitectura hospitalaria. Fue contratado en 1975 en la provincia de Neuquén por el Ministerio

En la provincia de Neuquén no se llegó a estos extremos. Igualmente se jugaron cuestiones personales que en un contexto sin más ley que la del poder arbitrario, hizo que las rencillas internas y rencores acumulados en el seno de la comunidad de profesionales de la salud, fueran motivo de exoneraciones y persecuciones por parte de las autoridades: *“Había una franja de médicos que se reunían socialmente con los militares a comer asado, una vez viene un médico del sector privado, un otorrino laringólogo y nos dice ‘Che Carlos (Casullo), ayer estuvimos en una reunión social con gente del gobierno y escuché una conversación que decían que “Casullo era zurdo”...esto para nosotros era fuerte porque Carlitos Casullo era un tipo valiosísimo, con él se empezó a hacer neurocirugía en serio... fue un aporte sustancial, ahí empieza a conformarse el rol que tiene este hospital hasta hoy, que es la urgencia del trauma, algo de lo que no se ocupa otro efector”*.¹⁶⁰

En la provincia de Neuquén, según el doctor Antonio García quien fue Coordinador de zonas sanitarias y luego subsecretario de salud: *“algunos dijeron frente a la autoridad militar que los habían obligado a ser médicos de dedicación exclusiva... y que ahora iban a poder dejar de serlo y demostrar que eran lo suficientemente vivos como para hacer dinero”*.¹⁶¹ Por lo pronto esta actitud tenía cierto respaldo en la liberalización del sistema de salud que la dictadura consideraba en consonancia con el paradigma neoliberal que en materia económica se desplegaba de la mano del ministro José Martínez de Hoz.

de Obras Públicas para la remodelación del edificio del Hospital Castro Rendón; fue el responsable del diseño del Monoblock que se terminó de construir en los años ochenta. En esos años también llevó a cabo tareas de mantenimiento en los establecimientos de salud del Alto Valle de la Provincia de Río Negro.

¹⁶⁰ Entrevista a David Pedemonte. Neuquén, 4-07-2013.

¹⁶¹ Entrevista a Antonio García, coordinador de Zonas Sanitarias desde 1967 y Subsecretario de Salud en 1979-1983. Neuquén, 13-06-2013.

El nuevo Ministro de Bienestar Social en la provincia de Neuquén colocado por la dictadura, fue el médico cirujano *Héctor Jorge*. Jorge era un civil

propietario de tierras en la

provincia de Río Negro que había dirigido el Instituto Roffo y había dejado de ejercer la profesión por problemas de salud. Ni bien asumió manifestó un fuerte rechazo al ex gobernador Felipe Sapag y a su entorno político partidario: “...*Jorge era un declarado antisapagista y él hizo una gran persecución a los que entonces tenían prestigio dentro del sistema, allí separaron de sus cargos a Pellín, Lores y Maulú que era el director del Hospital de Cutral Co*”.¹⁶² A pesar de que Jorge en expresiones públicas manifestaba su apoyo al Plan de Salud provincial e incluso valoraba las acciones emprendidas -como quedaba explícito en una nota publicada en el Diario *Río Negro* en la que se explayaba sobre la organización de los sectores de salud y el positivo impacto de dicho esquema¹⁶³- en el fuero interno no compartía muchos de los fundamentos y prácticas del mismo: “...*recuerdo una expresión de Jorge que era el ministro y decía el hospital tiene un nivel muy alto y la medicina privada tiene un nivel muy bajo, yo no puedo hacer subir a la privada, lo que voy a hacer es bajar la del hospital*...”.¹⁶⁴ Una de las formas en que se llevó a cabo precisamente esto, fue la de reducir la cantidad de médicos full time, rebajar los salarios de los mismos y aumentar los de los profesionales de medio tiempo, cuestión de ir limitando la oferta de tiempo completo para los médicos que ya estaban trabajando dentro del Hospital y los potenciales residentes.

“La gran diferencia es que hasta 1976 había sanitaristas de renombre organizando el plan y atrás nuestro, a partir de entonces se anduvo sin timón, no había políticas sanitarias, se sostenía el plan por esfuerzo de los profesionales”

Esteban Bonorino

¹⁶² Idem.

¹⁶³ Diario *Río Negro*, 5 de febrero de 1978.

¹⁶⁴ Entrevista a Daniel Eduardo Correa. Neuquén, 4-07- 2013.

Consecuencia de ello muchos médicos comenzaron a irse en los años de 1977 y 1978, año en que el doctor Otonello ocupó el cargo de ministro en reemplazo de Jorge.

En los primeros tiempos de la dictadura, impactó fuertemente en el sistema de salud la falta de conducción y presupuesto para la continuidad de las políticas implementadas: “...*la gran diferencia es que hasta 1976 había sanitaristas de renombre organizando el plan y atrás nuestro, a partir de entonces se anduvo sin timón, no había políticas sanitarias, se sostenía el plan por esfuerzo de los profesionales*”.¹⁶⁵ El hospital regional se había pensado dentro de una concepción de *Sistema de Salud*, en articulación con otras dependencias y hospitales de menor complejidad. Esta realidad no era la que dominaba la escena nacional, lo usual era la existencia de establecimientos de alta complejidad o muy especializados pero aislados y de difícil articulación en una política de mayor alcance. Por el contrario, el sistema neuquino se comportaba de forma integrada cuyo centro era el Hospital de Neuquén y ya para esos años gozaba cierto prestigio en la región y a nivel nacional. Uno de los pilares lo constituía la cohesión interna lograda a través de la modalidad del médico full time responsable de una sociabilidad interna que trascendía la labor profesional: “...*todos éramos sospechosos, había que descentralizar los grupos, no querían médicos full time, incluso un día me llevan a una oficina y tipos uniformados me dicen que “tenían información de que yo recibía cheques de Cuba, porque no era posible que con el sueldo de médico criara a cinco hijos*”.¹⁶⁶

¹⁶⁵ Entrevista a Esteban Bonorino. Médico clínico. Ingresó al Hospital en mayo de 1974; fue instructor de residentes y Jefe del servicio de emergencias. Fue director del hospital por 6 meses en 1976 y secretario técnico en 1978. En 1977 creó un grupo interdisciplinario de atención de adicciones y fue Jefe de ese servicio. Neuquén, 4-07-2013.

¹⁶⁶ Entrevista a Coco Mantilaro. Neuquén-13-08-2013.

En Junio de 1976 se abrió la Terapia Intensiva de adultos: “...y para nosotros era muy importante que viniera un médico y te dijera que necesitaba traerlo para acá; para nosotros era una forma de legitimarnos, en la medida en que vos te ofrecés como una alternativa para casos difíciles, te empiezan a identificar...”¹⁶⁷

“Había una gran incertidumbre sobre cómo iba a seguir el Plan...en la primera etapa (1976-1977) fue más que discontinuidad...en ese primer periodo, pongamos que de 30 profesionales, se fueron 10 o 15 y quedaban los de tiempo parcial...lo que hubo fue mucha militancia con el Plan de salud, hubo grupos que quedaron en el lugar de trabajo, se hicieron fuertes....”

David Pedemonte

Todo ello fue afectado con la interrupción de recursos económicos en los primeros dos años, con el ajuste en los salarios y con la ausencia de directivas claras. Tanto el éxito del Plan de salud hasta allí alcanzado y como el funcionamiento del sistema se vieron interrumpidos: *Había una gran incertidumbre sobre cómo iba a seguir el Plan... en la primera etapa (1976-1977) fue más que discontinuidad... en ese primer periodo, pongamos que de 30 profesionales, se fueron 10 o 15 y quedaban los de tiempo parcial... lo que hubo fue mucha militancia con el Plan de salud, hubo grupos que quedaron en el lugar de trabajo, se hicieron fuertes...”*¹⁶⁸

Recuerda Esteban Bonorino, médico clínico que había entrado en mayo de 1974 como médico instructor de residentes y luego director del hospital por 6 meses en 1976 hasta que fue exonerado por un mes: *“era un momento muy difícil del hospital había médicos que no cobraban el sueldo, nos faltaban enfermeras, hacíamos reuniones entre los jefes de servicios para redistribuir y reorganizar los mismos porque no había enfermeras para todos los sectores... yo informé de la situación gravísima por la que estábamos pasando a las autoridades y hago una reunión en la dirección y asiste el jefe de*

¹⁶⁷ Entrevista a David Pedemonte, Neuquén, 4-07-2013.

¹⁶⁸ Idem.

zona que era Teodoro Plaza, el hospital dependía de la zona I, el subsecretario de salud que era Agustín Gil un bioquímico comandante de gendarmería y el ministro de salud que era Héctor Jorge... en un momento el ministro le dice a Gil “¿usted sabía lo que estaba pasando?”, “no, yo no sabía nada”, le responde... entonces me mira a mí y me dice “usted Bonorino que es el director del Hospital más importante de la Patagonia que hizo ante esto?” y yo le muestro las notas presentadas y una donde Gil me contestaba que ese mes tampoco iban a poder cobrar los médicos... y ahí Jorge me dice “haga una lista de todo lo que el hospital necesita y mañana lo tiene”... yo me quedé contento, pero Coco Mantilaro que era jefe del servicio de pediatría se va a de boca y le dice a Jorge “si, si pero yo no puedo creer que usted ignorara todo esto” y ahí se pudrió todo... Jorge me llama y me dice “¿quién es este chico?” un excelente médico pediatra, le contesto, “bueno yo no lo quiero más en el hospital”, “pero no ministro, es jefe del servicio de pediatría por concurso, es de mi confianza”... “usted no se meta, esto es un problema entre él y yo” y yo le contesto “lamentablemente me voy a meter porque soy el director del hospital y los problemas personales no se arreglan así”... “bueno voy a pensar que hago con usted”... nos suspendieron sin goce de haberes por un mes, con la entrada prohibida al hospital...”¹⁶⁹

Según recuerda el mismo Mantilaro, Héctor Jorge irrumpió un día en el hospital vestido de civil y acompañado de gente uniformada y le labró un acta por una decisión que él había tomado respecto a un cuestión de ordenamiento del sector de enfermería que no había sido consultada, y le informó “*a partir de ahora usted se va del hospital*”; en realidad esa autonomía de parte del personal médico fue vista como una acción de desacato “*...para ellos esto era como una micro huelga dentro del servicio... en ese mismo acto*

¹⁶⁹ Entrevista a Esteban Bonorino. Neuquén, 4-07- 2013.

*Jorge le dice a los dos soldados que lo acompañaban, “sáquenme todo esto que parece una boat” y eso era porque nosotros habíamos puesto música, porque estábamos leyendo acerca de lo que era humanizar la parte pediátrica, la mejor forma de dar atención para la relación madre- hijo, era un tema de derechos y bienestar y eso parece que molestaba... él vio la música como un insulto y con el fal hizo sacar los cables... luego me dice que estaba sumariado, que me fuera, que estos eran mis últimos días.. Uno no tenía idea de la gravedad de esas cosas en esos momentos... fue en abril-mayo del 76’”.*¹⁷⁰ Ni bien asumieron las autoridades militares se bajó una directiva interna que indicaba que el personal del hospital no podía usar pantalón vaquero- jean, ni tener el pelo largo y se colocó un reloj mecánico para que médicos y auxiliares ficharan, reloj al “*que le pusimos arena y dejo de andar...*”.¹⁷¹ Héctor Jorge “*perseguía a las ambulancias, las detenía para ver que llevaban, hacía una persecución de tipo policial... el tipo estaba mal*”.¹⁷²

La arbitrariedad parece haber sido un sello distintivo en estos primeros años en el sentido de que las medidas que se tomaban no parecían estar orientadas a ningún fin específico respecto a la salud. Por ejemplo meses antes del golpe militar, el Gobernador Felipe Sapag logró firmar varios nombramientos que fueron respetados por las nuevos directivos, algunos de estas incorporaciones fueron sustanciales como la del Dr. Carlos Alberto Miguel Casullo, primer neurocirujano con excelente formación académica que se integró al Hospital y quien durante varios años fue el único neurocirujano del Sistema Público de Salud: “*Carlos Miguel Casullo fue otro aporte externo... a él se debe la sistematización de la atención del trauma cerebral, el uso del Glasgow, la organización de la neurocirugía como especialidad dentro del sistema. Experto cirujano trabajó en*

¹⁷⁰ Entrevista a Coco Mantilaro. Neuquén, 13-08- 2013.

¹⁷¹ Idem.

¹⁷² Testimonio de David Pedemonte. Neuquén, 4-07-2013.

conjunto con Corradi en un equipo neurooftalmológico que potenció a ambos... formó a las instrumentistas en su especialidad...”.¹⁷³

Según recuerda la médica pediatra Isabel Álvarez, junto a este profesional, se nombró también a la pediatra Carlota Pérez para desempeñarse en el Servicio de Pediatría que posteriormente fue la Coordinadora de la residencia de Medicina General, y fue quien desarrolló la especialidad de neumonología infantil. Un año después –ya bajo las autoridades militares- se sumó a este equipo la pediatra Celia Destéfano –esposa del doctor Casullo- con formación en psicopatología infantil que en consonancia con lo planteado por el doctor Mantilaro, llevó a cabo una importante tarea en relación a la humanización de la pediatría. Entre ellas, el logro de la incorporación de Maestras al Servicio que durante la tarde realizaban tareas de escolarización de los niños internados en la sala de segunda infancia con el objetivo de que no se atrasaran en la escuela. Esto se vio reforzado con tareas de recreación y juegos y la incorporación de “cuenta cuentos” como Alicia Alvarez e Ileana Pannelo que realizaban una tarea de preparación a los niños que iban a ser intervenidos quirúrgicamente logrando a través del cuento adaptado a cada situación disminuir temores y ansiedades en ellos y sus familias. En forma paralela a ello comenzó a funcionar un consultorio de psicopatología infantil.¹⁷⁴ Este tipo de apertura a nuevas estrategias terapéuticas parecía ser tolerada sin objeciones, mientras que la música resultaba una práctica indecorosa.

La poca articulación entre las distintas áreas de gobierno por parte de los militares se evidenciaba en la escasa comunicación e incluso en la superposición de funciones que terminaba creando cierto estado de caos respecto a las tareas propias de la

¹⁷³ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, “Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón”. Escrito por el Dr. Losada.*

¹⁷⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, “Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón”. Escrito por la doctora Isabel Álvarez.*

administración provincial: *...el día que nos enteramos que nos trasladaban a Covunco, vamos a la brigada a hablar con el comandante porque nos estaban echando a los tres y el comandante¹⁷⁵ nos dice y “¿¿yo que tengo que ver???” ...bueno le digo “yo pensé que un general en actividad es más que uno retirado como Martínez Waldner que es gobernador ¿Cómo que no tiene nada que ver?” ...y ahí creo que le toqué el núcleo delirante y dice “a ustedes no los van a mover del hospital, si los mueven yo tomo la casa de gobierno... y mañana usted se presenta y retoma la jefatura del Servicio de Emergencia”... bueno yo volví y recibo la llamada de Martínez Waldner y me dice “usted Bonorino, es un caballero”... “si si digo, pero a mi no me pagan, me están manteniendo mis amigos...”¹⁷⁶*

El nombramiento de “asesores” que poco tenían que ver con las políticas sanitarias que se estaban desarrollando y la escasa formación de algunos médicos y consultores que asumían tareas de conducción en el nuevo staff de la dictadura se manifestaba en marchas y contramarchas en las disposiciones o directamente en la ausencia de políticas claras. Quienes permanecieron en el sistema de salud provincial y en el hospital y que venían desarrollando tareas comprometidas con las políticas previas, coinciden en caracterizar como caótica la situación de estos primeros tiempos, de mucha mediocridad donde se nombraba a gente que no tenían antecedentes: *“...se nos pidió que hiciéramos guardia los días sábados, porque los sábados estaba el doctor Hilarión de la Pas Sosa que era médico militar y que no hacía cirugías, entonces había que apoyarlo. Después del 24 de marzo de 1976 él asume como Secretario de Salud en la provincia. En la guardia, antes del proceso, como él tenía*

¹⁷⁵ El comandante de la VI Brigada en 1976 era el coronel José Ricardo Luera. Luera fue condenado por delitos de lesa humanidad contra 16 víctimas en el año 2012, por el Tribunal Oral Federal N°2 de la ciudad de Neuquén.

¹⁷⁶ Entrevista a Esteban Bonorino. Neuquén, 4-07-2013.

*limitaciones profesionales, yo gozaba de mucha libertad para tomar decisiones... Cuando nos trasladan a Chos Malal tomamos un avión y me acompaña Sosa con traje de fajina y me dice que era un destino para “el cual nos llama la Patria”. Ese mismo día el Ingeniero Moran, me dice que había un decreto que dejaba prescindible al Dr. Violante y al doctor Ferrari... Al llegar a Chos Malal había policías, Pas Sosa los hace encuadrar. Fuimos al Hospital y Sosa dice “que lugar de porquería”... Cuando me puso en funciones como jefe de la zona sanitaria dijo Sosa adelante de un grupo de gente: “El proceso de Reorganización Nacional se ha propuesto eliminar de la administración pública a todos los delincuentes. Su misión doctor es descubrir a todos los delincuentes”.*¹⁷⁷ Poco favor le hacía al nuevo jefe que lo presentara de esa manera, el mismo Leon Fanti recuerda que “... por casi 4 meses nadie me dirigía la palabra, todos tenían temor por lo que había dicho de la Pas Sosa, me costó mucho ganarme la confianza de la gente del lugar y del trabajo, nadie se me quería acercar. El cambio de Sosa fue muy grande, de dejar hacer, a humillar a la gente. Eso era un gran cambio”.¹⁷⁸ Pocos recuerdan el paso del médico militar por el Hospital Castro Rendón: “era un tipo introvertido... Hilarión hacía guardias en el binomio perinatal, y su mujer era partera... después del 24 de marzo ya vestía uniforme... A lo mejor era informante y por eso tenía otra actitud... siempre ponía distancia, no era un compañero más de trabajo...”.¹⁷⁹

Los traslados también resultaron, en algunas oportunidades, mecanismos de castigo para quienes el poder autoritario consideraba

¹⁷⁷ Testimonio de Fernando Luis Leonfanti, médico generalista, en audiencia de debate Causa n° 666, “Reinhold y otros s/privación ilegal de la libertad...” Tribunal Oral Federal (TOF) N° 2. Neuquén, año 2008. Hilarión de la Pas Sosa era médico militar. Fue encontrado responsable y condenado a 20 años de prisión por delitos de *privación ilegal de libertad doblemente agravada; aplicación de tormentos agravados*, calificados todos como delitos de *lesa humanidad*.

¹⁷⁸ Idem.

¹⁷⁹ Entrevista a Coco Mantilaro. Neuquén, 13-08-2013.

potencialmente peligroso y una forma de desalentar la opción de los profesionales por la modalidad de médico de tiempo completo. Cuando a los dos meses de ser cesanteado a Mantilaro se le permitió regresar al hospital, él pretendía retornar a su función de full time en el servicio de pediatría, sin embargo “...yo vuelvo y voy por un pasillo y me encuentro con Dina Tomio¹⁸⁰ y me dice “¿a qué venís Coco?”, “vuelvo para anotarme como full time”, “no seas pelotudo, anotate como parcial, si sos tiempo completo te van a mandar al interior y vas a tener que mover a los chicos de escuela, porque este tipo no te quiere acá”... y así lo hice...”.¹⁸¹ Esta no fue la única actitud solidaria de Dina Tomio; el doctor Losada recuerda que Tomio se había enterado de que una de sus enfermeras estaba en las “listas negras” de la dictadura y la venían a buscar, ante ello la sacó del hospital, la ocultó en su auto bajo una masa de piezas de gasa y la trasladó al interior de la provincia -a Ruca Choroy- para que se hiciera cargo del puesto sanitario, con especial prohibición de hablar o contactarse con sus allegados: “...Salvó su vida contando luego su experiencia a uno de nosotros que la asistió médicamente”.¹⁸² Gestos de este tipo sobresalían en un contexto dominado por la violencia del estado terrorista y el silencio de las instituciones. Es para resaltar que el clima que se había gestado en los años de arranque del plan de salud, implicaba lazos de compañerismo y protección que en muchos casos se convirtieron en verdaderas redes de contención cuando la comunidad sintió el golpe de la dictadura: “...la noche que a mí me separan de la dirección y me prohíben la entrada me vienen a ver Carlos (Casullo) y Celia (Destéfano) y me

¹⁸⁰ Dina Tomio era Licenciada en enfermería y fue quien organizó el Servicio de enfermería a nivel provincial.

¹⁸¹ Entrevista a Coco Mantilaro. En el mismo interrogatorio le preguntaron si leía la *Biblia Latinoamericana* y por su relación con Jaime de Nevares, obispo de Neuquén. Neuquén, 13-08-2013.

¹⁸² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, “Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón”. Dr. Losada.

*dicen que Carlos renunciaba al hospital y Celia a su posible nombramiento por lo que me habían hecho; yo les pedí que no lo hicieran porque había que reforzar y quedarse en la trinchera... se jugaron los dos en tiempos en que nadie se jugaba”.*¹⁸³

Por lo general las autoridades militares no emitían órdenes escritas o indicaban en normativas precisas los objetivos que perseguían, la mayor parte de las directivas se realizaban en reuniones convocadas por las mismas autoridades en las que se informaba de manera coloquial pero con cierto tono amenazante, los intereses que la Dictadura perseguía. El doctor Armando Kremer, siendo el Jefe del servicio de clínica y Director interino del hospital por muy pocos meses en el año 1977, fue convocado junto con otros directores de hospitales y directores de establecimientos educativos de la Provincia, al Comando para asistir a una reunión con el Teniente Coronel Oscar Reinhold.¹⁸⁴ Allí se dirigió al conjunto de civiles reunidos y les dijo: *“la etapa militar el proceso terminó, ahora empieza la etapa cultural y ustedes son los que la tienen que completar... yo se que muchos de ustedes están en contra de lo que digo y hablan de que quemamos libros, pero miren si yo voy a una casa y encuentro un libro de Marx, lo dejo ahí como florero, pero si encuentro uno de Fanon, ese me lo llevo...”*¹⁸⁵ Es sabido que el Estado terrorista necesitó un alto nivel de control de la sociedad

¹⁸³ Entrevista a Esteban Bonorino. Neuquén, 4-07-2013.

¹⁸⁴ Oscar Lorenzo Reinhold, era Teniente Coronel del ejército y se desempeñó en la sub zona 5.2 que comprendía las Provincias de Río Negro y Neuquén, como Jefe de Inteligencia del Comando de la Sexta Brigada de Montaña con asiento en Neuquén. Fue enjuiciado y condenado en el año 2008 a 25 años de prisión como *“autor penalmente responsable de privación ilegal de libertad doblemente agravada por el uso de violencia y duración por más de un mes, aplicación de tormentos psíquicos y físicos agravados por resultar las víctimas perseguidos políticos, violación de domicilio y robo, asociación ilícita y coacción”* por el Tribunal Oral Federal N°2 de la ciudad de Neuquén. Sentencia confirmada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, en el año 2012.

¹⁸⁵ Entrevista a Armando Kremer. Médico clínico, Jefe del Servicio de Clínica del Hospital desde 1974 a 1985. Neuquén, 12-08-2013.

civil. Precisó una cadena reproductora y expansiva de sus efectos. ¿Cómo generar el consenso necesario para sostener el terror? El Anexo 15 del Plan del Ejército¹⁸⁶ preveía la realización de actividades de acción psicológica sobre el público interno y sobre los públicos afectados por las operaciones, con el objeto de predisponerlos favorablemente y lograr su total adhesión a la dictadura. Para ello disponía de tres fases de operación una llamada de “*Preparación*” en la que señala que las FFAA debían justificar la determinación asumida por ellas de combatir a la llamada subversión en todos sus niveles y ámbitos; una segunda de “*Ejecución*” en la que debían convencer de la importancia que las acciones y crear sensación de “éxito” en las operaciones, y culminaba con la tercer fase de “*Consolidación*”, en la que se debía explotar los éxitos obtenidos, “clarificar” a la ciudadanía sobre las acciones emprendidas y “acrecentar” la imagen de las FFAA “...*en unión al afecto y cohesión con la civilidad responsable del país.*” Por todo esto, las palabras de Reinhold a quienes ocupaban cargos de conducción de distintos organismos no resultaban inocentes. Esta normativa claramente estaba destinada a la esfera “pública” del Estado Terrorista, es decir con estas disposiciones se daba sustento al accionar visible de ese Estado desdoblado y siniestro. Mientras se silenciaban las voces y las vidas en centros clandestinos como la denominada *Escuelita*¹⁸⁷ en Neuquén capital, la otra cara del aparato criminal producía eslóganes y propagandas, realizaba un Mundial de fútbol en 1978 para distraer a los vivos y resolvía las acusaciones de

¹⁸⁶ PLAN DEL EJÉRCITO PARA EL PLAN DE SEGURIDAD NACIONAL. Año 1975. Citado en MANTARAS, Mirta *Genocidio en Argentina*. Buenos Aires, Taller del Sur, 2005.

¹⁸⁷ *La Escuelita* fue un Centro Clandestino de Detención (CCD) montado por la dictadura en 1976. Ubicado en una construcción que oficiaba de matadero en el fondo del predio del Ejército del Batallón 181 de Ingenieros (BING) ubicado en la ruta nacional n° 22 en la ciudad de Neuquén. En este lugar fueron torturados, vejados y desaparecidos ciudadanos de las Provincias de Río Negro y Neuquén.

organismos internacionales que reclamaban por violaciones cometidas en Argentina.

En 1978 asumía el doctor Luis Otonello como subsecretario de salud y en una reunión celebrada en la ciudad de Mendoza en abril de ese año, sugería que “*el hospital de esta capital (Neuquén) fuera considerado como hospital regional*”¹⁸⁸ para el espacio conformado por el noroeste de Chubut, la zona de Bariloche y el Alto Valle de Río Negro y Neuquén. Por esos años el Plan de Salud neuquino y el Sistema provincial eran vistos como una experiencia modelo a seguir. Las autoridades militares frente a esto, trataron de capitalizar y potenciar dicha experiencia. Para los que trabajaban dentro del sistema la opción de salvaguardar los logros obtenidos era mostrar altos índices de eficiencia profesional, técnica y administrativa. No se trataba sólo del éxito en la reversión de los índices negativos que en cinco años había mostrado signos de una espectacularidad importante, era necesario también convencer a las autoridades militares de la importancia de continuar con el sistema de salud implementado.

Bajo la gestión del General Manuel D. Trimarco (1978-1983) la relación de los militares con el partido provincial y los cuadros intermedios de la administración, entró en una etapa de mayor entendimiento. Incluso para algunos nombramientos el mismo Trimarco consultaba al ex gobernador Sapag: “*...Don Felipe necesitaba una persona que no fuera enemiga del MPN pero que tampoco fuera del partido, y yo tenía un perfil muy técnico... venía de la dirección del hospital de San Martín de los Andes y estaba convencido de que teníamos que generar la ideología de la Salud Pública... se trataba de mostrar que éramos además de buenos médicos, buenos administradores, tuvimos que exaltar el perfil tecnocrático y eso a los milicos les sonaba muy bien*”.¹⁸⁹ Antonio

¹⁸⁸ Citado en TARANDA, D y otros. *Silencio Hospital...*, op. cit., p. 67.

¹⁸⁹ Entrevista a Antonio García, Neuquén, 13-06-2013.

García fue nombrado Subsecretario de salud pública en 1979, a pesar de que dos años antes había sido víctima de persecución y allanamiento de su casa, producto de una denuncia que escondía las miserias propias de intereses económicos en juego.¹⁹⁰ Los médicos Osvaldo Pellin y Daniel Correa coinciden en afirmar que la elección de García como subsecretario fue una de las razones por las cuáles el plan de salud pudo continuar “...para nosotros fue un gran apoyo que estuviera Antonio García porque él había sido del sistema de salud y estaba comprometido con la salud pública”.¹⁹¹

El hospital se amplía

En esos años una parte importante de las políticas de salud eran respaldadas por el COPADE; se pudieron subvencionar proyectos con recursos que eran solicitados al gobierno central, como por ejemplo un préstamo de dos millones de dólares para equipar la parte nueva del Hospital Regional. La decisión de ampliar la planta del Hospital había sido tomada años antes por el gobierno democrático. Mario Raul Bertoni como arquitecto especializado en temas de

¹⁹⁰ Según relata el propio García “...un grupo de médicos que habían dejado la dedicación full time consiguieron un equipito de rayos e instalaron un consultorio. Un día aparece el técnico de rayos del hospital para avisarme que la caja de placas nuevas habían sido veladas, eran 100 placas que representaban el consumo de un trimestre y el hospital no tenía más. Yo hice una comunicación denunciando esto y se inicia un sumario. Los sumariantes eran gente muy venal, eran ex policías que habían sido echados. Un día el subsecretario Héctor Jorge me dice ¿“usted vio el sumario que se hizo por las placas en San Martín?” y me muestra una carpeta que tenía marcado y decía “que al responsable de lo sucedido se le hacía una persecución porque él no compartía la ideología de la conducción del hospital (García) que con otros médicos, que eran judíos, pretendían hacer una célula criptocomunista”.

¹⁹¹ Entrevista a Daniel Correa, Neuquén 4-07- 2013. Por su parte el doctor Osvaldo Pellín sostenía “...Antonio era un hombre bien formado (...) Antonio fue al sacrificio y es el día de hoy que algún desubicado le dice que colaboró con el proceso, pero él mantuvo la continuidad del sector” citado en TARANDA, D y otros *Silencio Hospital...* pp. cit. p. 68.

arquitectura hospitalaria, fue incorporado en un primer momento a la Coordinación Sanitaria del Comahue que dependía de la Nación y en 1970 participó junto a Nestor Perrone y Elsa Moreno el equipo del Plan de salud como responsable del área de arquitectura encargado de realizar la apoyatura técnica.¹⁹²

En los años sesenta el hospital contaba con dos galpones grandes de aproximadamente 770 m², que oficiaban de salas de internación común (hombres y mujeres) divididos por tabiques, que albergaban unas 48 camas cada uno.¹⁹³ En 1968 se construyó un quirófano uniendo el viejo Hospital con las salas de internación.

Ya para 1970 se construyó sobre la calle Buenos Aires, un edificio de 3 niveles destinado a los Servicios de Diagnóstico (Laboratorio, Rayos), Guardia y Pediatría, más un sector de Admisión, Administración y el ingreso principal al Establecimiento, con una superficie de 1400 m² aproximadamente.



¹⁹² De ese equipo de arquitectos participaban también las arquitectas Liliana Montes Le Fort y Ana María Caviasca, junto a dos dibujantes técnicos.

¹⁹³ PROVINCIA DE NEUQUÉN. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendon. Plan Director*. Año 2002.

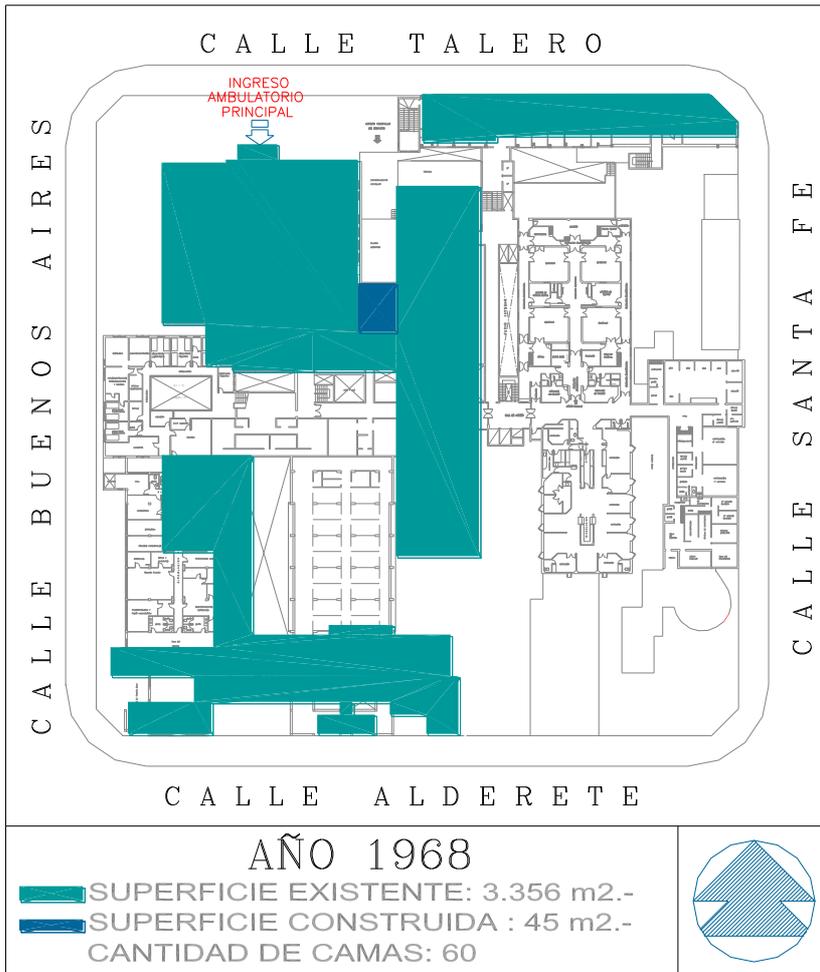


Imagen IV. Plano del Hospital en 1968. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

En estos años la administración provincial decidió demoler uno de los “galpones” y levantar sobre ese rectángulo un monoblock

de cinco pisos. Para ese proyecto el ministro de Obras Públicas, el ingeniero Tosello, junto con el doctor Director del hospital, el doctor Flores¹⁹⁴ -que había realizado una planificación de obras que incluía la expansión edilicia del Castro Rendón- pensaron en llevar a cabo una pequeña obra de remodelación de los quirófanos y el viejo lavadero del Hospital, sin embargo en el transcurso de la esa remodelación se tomo la decisión de construir cinco pisos sobre ese rectángulo y para ello fue contratado Bertoni: *“La provincia me contrata para que haga un proyecto sobre esa dimensión y para organizar y ordenar los servicios que iba a contener ese edificio... constructivamente fue muy interesante hacerlo porque al empezar a cavar encontramos agua, así que hubo que hacer estudios de suelo muy complejos, fue muy interesante hacer esa construcción...no creo que se haya construido otro edificio de la misma forma que lo hicimos... ”*.¹⁹⁵

El proyecto fue elaborado entre 1975 y 1977 el sector que mayor dificultad encontró fue el área quirúrgica del primer piso, ya que allí había que colocar en *“una caja de zapatos, quirófanos que no entraban”* incluso esto generó una discusión técnica entre el área de arquitectura y de los profesionales médicos que terminó siendo saldada por las autoridades militares de entonces, el capitán Aconcia a cargo del Ministerio de Obras Públicas y el subsecretario de salud, el médico militar Hilarión de la Pas Sosa.

¹⁹⁴ Flores era médico traumatólogo y tenía una formación muy amplia *“había estado en Israel, en Sudáfrica y tenía mucha experiencia...él inicia la obra”* testimonio de Daniel Correa.

¹⁹⁵ Testimonio de Mari Raul Bertoni. 23 de agosto de 2013.

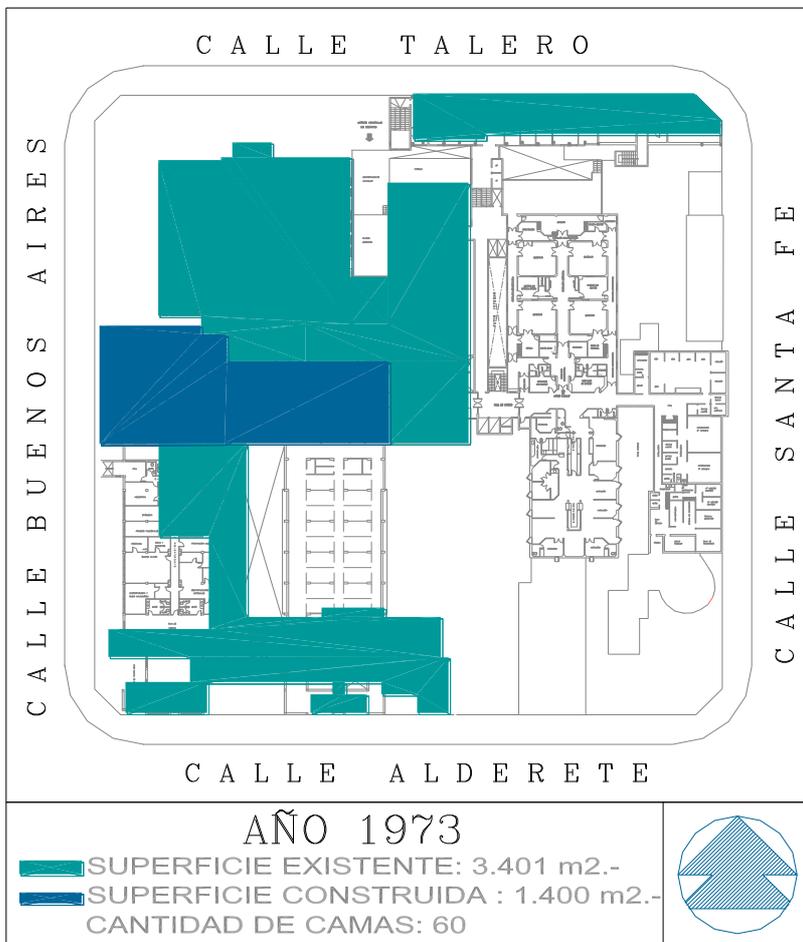


Imagen V. Plano del Hospital en 1973. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

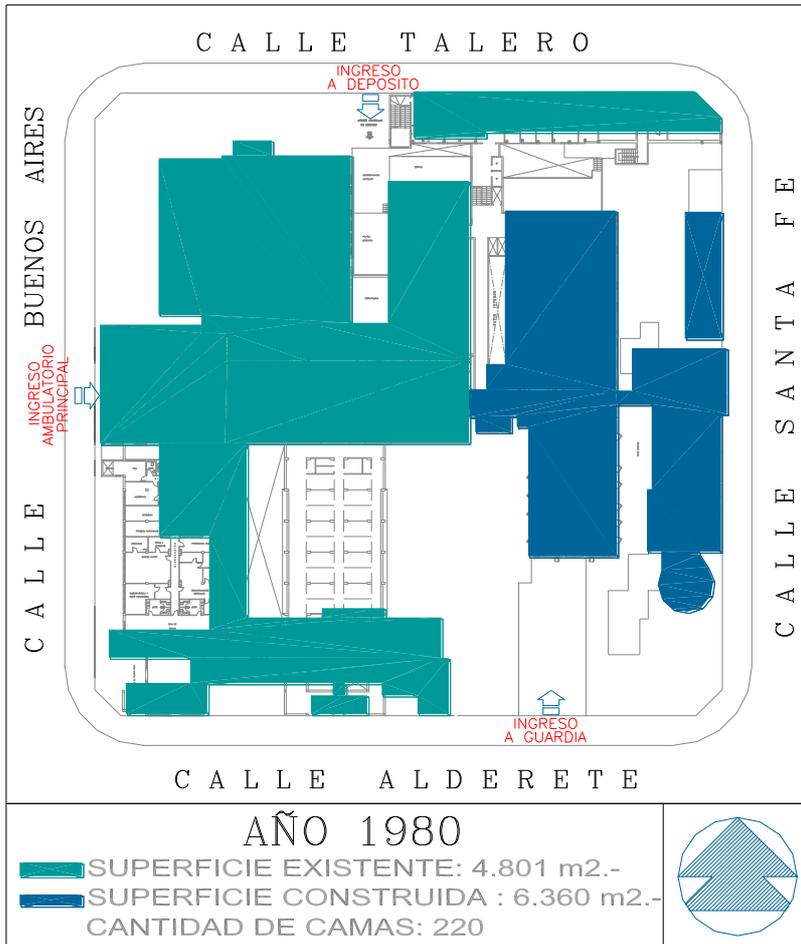


Imagen VI. Plano del Hospital en 1980. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud, *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

Cuando se terminó de proyectar y de habilitar el monoblock se hizo un planteo general de organización del hospital para que tuviera una funcionalidad racional toda la manzana, sin embargo este planteo técnico fue respetado relativamente a través del tiempo. Al ir realizándose la construcción por etapas y cada una de ellas mediante

un proceso de licitación diferente, los tiempos de realización se extendieron y esto generó conflictos internos de funcionamiento: *“Hubo un error básico de concepción en la construcción del Hospital porque se fue haciendo por etapas que en ese momento parecía lo más adecuado sin embargo una cosa es licitar una obra por el monto total para que tenga continuidad en el tiempo y otra es hacerlo por etapas... así se fue construyendo de una forma absolutamente equivocada que demandó muchísimo tiempo que se perdió en conseguir los fondos, en trámites, en decisiones, y el Hospital estuvo casi toda su vida en construcción y esto generó conflictos internos de funcionamiento y de molestia en todo el personal que en el lugar de cada etapa que se construía se pudiera anexar de buena forma a lo viejo y se fueran trasladando a una construcción nueva; esto trajo conflictos y molestias, por desacuerdos internos... se fue perdiendo el capital más precioso que era el sentido de pertenencia del personal al sistema y esto influyó mucho en el desgaste interno”*.¹⁹⁶



¹⁹⁶ Entrevista a Mario E. Bertoni. Neuquén, 23-08-2013.

En 1982 se inauguró el monoblock de 6 pisos, destinado a Internación, Cirugía, Partos, Terapia Intensiva y Esterilización Central, con una superficie total de 4000 m² aproximadamente. Para entonces el arquitecto Bertoni y su familia se habían ido del país frente al clima de terror que se vivía “...en el 76’ el ejército con anuencia del capitán Aconcia se lleva, en horario de trabajo, a una administrativa del Ministerio de Obras públicas... pero hubo una situación determinante que fue el apresamiento de un dirigente de cooperativas de Cipolletti, Albanesi¹⁹⁷ padre de un colega arquitecto que trabajaba con nosotros en el ministerio, ese episodio de la manera que se desarrolló y como muere este señor a nosotros nos decidió la partida... cualquiera podía caer con cualquier denuncia, por cualquier cosa... entrabas en la máquina de picar carne y salías carne molida... ”.¹⁹⁸

Los tiempos del conflicto con Chile: “primer grado de hostigamiento”

Entre 1978 y 1979 la posibilidad de un conflicto bélico con Chile, por la disputa territorial por el Canal del Beagle, reforzó la percepción de la Región Patagónica como una zona estratégica y de significativa importancia. El Hospital Neuquén era el centro de más alta complejidad de la región y con mayor desarrollo de infraestructura para cubrir las necesidades frente a un posible enfrentamiento armado. Esto llevó al gobierno militar a impulsar la

¹⁹⁷ José Luis Albanesi era un productor de Río Negro comprometido con la economía social. Había organizado una cooperativa de productores llamada *La colmena* y era dirigente de la Federación Argentina de Cooperativas Agrarias (FACA). En abril de 1977 fue llevado en un operativo conjunto de policía de Río Negro y ejército primero a la Comisaría de Cipolletti y luego torturado en el centro clandestino la *Escuelita* de Neuquén; por testimonio de sobrevivientes se presume que murió en ese lugar víctima de inenarrables tormentos. Su cuerpo les fue entregado a los familiares por el propio Hilarión de la Pas Sosa.

¹⁹⁸ Entrevista a Mario Raúl Bertoni. 23-08-2013.

creación de nuevos hospitales y a realizar una fuerte inversión en infraestructura y equipamiento. En el caso del Hospital con la habilitación de la torre central en 1980, sobre la calle Alderete, comenzaron a funcionar las áreas de Clínicas Médicas, Quirúrgicas, Obstétrica y la Terapia Intensiva. Además se creó la Central de Esterilización y preparación de materiales, única en la provincia y en la zona.

“Entre 1982 y 1983 se abre la primera bomba de cobalto que era la primer y única en Patagonia para tratamiento radiante, se incorpora la cámara gama y se arma el servicio de oncología”.

David Pedemonte

El equipamiento con que contaba el Hospital Castro Rendón para esos años era escaso y deficiente. En 1978 Pedro Moguillansky, médico radiólogo, había comprado los primeros equipos –tomógrafo y ecógrafo- de la región y según Losada, los ponía a disposición del Hospital en forma gratuita: *“...Aportó sus equipos y sus diagnósticos sin retaceos, los brindó totalmente gratis para el diagnóstico, pues como él decía “el aparato necesita pacientes y estos los tienen ustedes”... Venía cada tarde en su gran auto, un Fairlaine, donde cargaba a los pacientes, que al tener que estar en ayunas, luego les servía un refrigerio y los devolvía al hospital... creó el primer centro de angiografía de la Patagonia con el inolvidable Lolo Rodríguez Ferrari”.*¹⁹⁹ En los años siguientes se fue incorporando nuevo equipamiento como el laboratorio con contador hematológico equipo de RIA; el sector de radiología con un equipo de 1.200 mA con intensificador de imagen y cámara de 105, un equipo de 800mA con intensificador, dos equipos de 500 mA y cuatro portátiles de 100mA; dos ecógrafos; cámara gamma;

¹⁹⁹ Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, “Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón”. Dr. Losada.

microscopio quirúrgico y equipos de computación para las áreas administrativas y de estadísticas.²⁰⁰

El nuevo equipamiento y la expansión edilicia también respondían a los desafíos de una nueva realidad provincial. El sistema de salud había sido concebido como un Programa orientado a atender los problemas primarios de la salud y eso se resolvía con recursos básicos. Para 1980 las patologías que en un inicio orientaron la estrategia adoptada una década atrás ya estaban bien controladas, ahora comenzaban las demandas para atender problemas más complejos. En 1978 la patología predominante era la neoplásica seguida de traumatismos de cráneo, malformaciones congénitas, leucemias y operaciones de labio leporino, entre otras. El hospital no contaba con quirófano y equipamiento para dar respuesta. Un aspecto importante para evaluar la capacidad de resolución de una patología en un establecimiento de salud lo constituyen las derivaciones que se efectúan. Según los datos en 1978 hubo un total de 117 derivaciones; en 1979, 190; 1980, 189 y 108 en 1981.²⁰¹ De allí entonces la necesidad de incorporar equipamiento para atender esta nueva demanda que tampoco era cubierta por el subsector privado de la salud. Por esos años llegaron a la región los doctores Leone y Rabinovich, especializados en oncología y ellos comenzaron la atención en forma privada; luego formaron el Grupo Oncológico del Sud con profesionales de Bahía Blanca, supervisados por el *Anderson Institute de Texas*.²⁰² Un grupo de médicos del Castro Rendón le plantearon al entonces

²⁰⁰ GOROSITO, Jorge y HELLER Horacio. "El sector salud de la provincia de Neuquen" en KATZ, J y otros *El sector salud en la Republica Argentina su estructura y comportamiento*. Buenos Aires, FCE, 1993. p.82.

²⁰¹ Idem.

²⁰² Según Losada Leone y Rabinovich comenzaron a atender de manera "muy humilde en un departamento alquilado, donde asistían en uno de los dormitorios siendo el living la sala de espera y reservando para ellos un dormitorio". *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, "Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón". Dr. Losada.

Ministro Alberto Fernández la necesidad de equipar al hospital para el tratamiento del cáncer y formar un centro especializado para el tratamiento de esta patología. En 1981 se compró la *bomba de cobalto*. Quien tuvo un rol destacado fue *Nora Serrano de Salvatori* quien en ese año se hizo cargo de la *Comisión Pro Ayuda al Servicio de Oncología Radiante del Hospital Regional Neuquén* y colaboró para que se instalara la primera Bomba de Cobalto en la Patagonia junto a la creación de LALCEC filial Neuquén, siendo nominada Presidente de su Comisión Directiva, cargo que desempeñó hasta 1999. *Enrique Thomas* ganó el concurso de radio terapeuta “...tenía un excelente nivel y era muy exigente...”.²⁰³ . Thomas dio un gran impulso a la oncología a través de la *casa de salud y Comité de Tumores*. Había hecho su formación en Puerto Rico, donde junto a un experto internacional en cáncer de cervix se especializó como radioterapeuta. De esta forma, al iniciarse la década de 1980 ya funcionaba la Bomba de cobalto y el equipo tridimensional para ubicar el tumor.: “Entre 1982 y 1983 se abre la primera bomba de cobalto que era la primer y única en Patagonia para tratamiento radiante, se incorpora la cámara gama, se arma el servicio de oncología... hasta mediados de los 80’ había una clara ventaja del sector público sobre el privado en cuanto al equipamiento y atención”.²⁰⁴

El sector de enfermería también debió adaptarse y capacitarse para las nuevas tecnologías. El Departamento de Enfermería tenía desde sus orígenes la dependencia directa de la Dirección General del Hospital, pero en el año 1981 al conformarse la nueva estructura administrativa, pasó a depender de la Dirección Asociada; “*Negrita*” *Orrego* fue la Jefa de sector y siguió siéndolo hasta su jubilación. Según recuerda la enfermera *Alba Churrarin* en ese tiempo se procesaba una gran cantidad de material y había cuatro

²⁰³ Entrevista a Antonio García. Neuquén, 13-06-2013.

²⁰⁴ Entrevista a David Pedemonte. Neuquén, 4-07-2013.

quirófanos más uno de Emergencia que implicaba un aumento significativo de cirugías y con ello más personal y mayor cantidad de material para procesar. Este último en su diversidad -goma, vidrio e hilados- requería una preparación especial y ocupaba mucho tiempo de mano de obra. Las jeringas eran de vidrio y las agujas de metal, había que prepararlas una por una y en paquetes individuales para esterilizarlas. Dada esta expansión hubo que dotar de más personal al sector y reorganizar las funciones. Las Jefaturas de las Unidades de Internación, fueron estableciéndose sin una norma legal que avalara su designación. La nueva estructura quedó conformada por: “*Central de Esterilización: Felicinda Vázquez de Orrego, Servicios de Clínica Médica: Nora Alarcón y Erminda Keler, Clínica Quirúrgica: Racelda Vega, (alias la Chicha) y Soledad Muñoz, en Obstetricia Amelia Díaz. En Ginecología y Traumatología, Jorge Urrea y Nely Díaz, en la Unidad de Terapia Intensiva Adulto, Azucena Correa, en Neonatología y Pediatría, Teresa Sasegesser de Soriani y Argentina González, en Salud Mental, Noemí Ruiz, en Quirófanos Liliana León e Inés Nemi, en Emergencias, Adolfo García*”.²⁰⁵ Para esa época el régimen laboral del personal de Enfermería fue en un principio de 48 horas semanales, pasando luego a 44 horas. A excepción del personal de las Unidades de Neonatología y Terapia Intensiva Adulto, quienes tenían horario de 6 horas, por ser considerada área crítica.

La capacitación fue fundamental ya que además de la incorporación de la bomba de cobalto y con ello la realización de nuevos tratamientos que requerían personal especializado, se fueron implementando otros conforme a los tratamientos y a la nueva tecnología como en el caso de las complejidades en quemados, gastroenterología, neumología y urología, en niños y adultos.

²⁰⁵ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Enfermería, Lic. Alba Churrarin.

El conflicto con Chile se vivió en las Provincias Patagónicas con mayor tensión que en el resto del país. Como medida preventiva se ordenó pintar el techo del Hospital Castro Rendón con cruces y se elaboró un plan de evacuación que incluía el traslado de enfermos al Hotel del Comahue, con el objetivo de liberar camas para posibles heridos” *Cuando fue el conflicto con Chile... vino un militar y me dijo “a partir de ahora tiene que evacuar el hospital y va a quedar de reserva por cualquier cosa”... yo estaba de jefe del servicio de emergencias e interinamente en la dirección y le digo “mire yo no puedo evacuar el hospital así porque usted me lo diga de palabra, yo dependo del ministro de salud”... y me responde “bueno, ya mismo va a recibir una orden”*

...pero nunca llegó nada y dejamos todo...”.²⁰⁶

En Neuquén los simulacros de evacuación en caso de ataques aéreos que incluía apagones generales y prácticas de ocultamiento de la población; el rumor constante de que la aeronáutica chilena tenía pensado bombardear la represa del Chocón; los supuestos

atentados a civiles al que se verían expuestos los neuquinos si el enfrentamiento se materializaba, aumentaron el clima de temor que de por sí generaba una situación de posible guerra. Todo ello reactivó otro tipo de cuestiones vinculadas a la percepción cultural que la población neuquina tenía respecto a los migrantes de origen chileno. Es sabido que en las áreas de frontera el rechazo al país limítrofe se transforma en un prejuicio que en ocasiones llega a actitudes xenofóbicas. Las autoridades militares emitieron normativas

“...Cuando el clima bélico se hizo presente, se cortó toda posibilidad a los que eran de origen chileno. El vecino, el paciente había dejado de ser tal, para integrar la categoría de enemigo, al que se le negaba todo, hasta la dignidad de una muerte humanamente soportable.... Recurrimos a las vías posibles... incluso a truchar las historias clínicas para conseguir los insumos”

Carlos Losada

²⁰⁶ Entrevista a Esteban Bonorino. Neuquén, 4-07-2013.

restrictivas en materia de salud para los habitantes de origen trasandino, lo hicieron en forma oral o directamente se apoyaron en el rechazo cultural que la población misma expresaba: *“Yo recibí en forma verbal una directiva de “primer grado de hostigamiento” que era retacearle la atención a chilenos en materia de salud, pero nunca hubo algo escrito... Jaime de Nevares incluso vino a pedirme por los chilenos para que los ayudara...”*.²⁰⁷

Una forma de limitar el acceso al sistema de salud para la población chilena, fue dificultar la obtención del certificado de aptitud física necesario para la tramitación de la residencia. La misma oficina nacional que realizaba los trámites para el ingreso al empleo público de organismos federales era la que también se ocupaba de los requisitos para migrantes. En esa instancia se solicitaba los exámenes físicos y para ello la población extranjera debía acudir al Hospital, uno de los estudios que se exigía era el antituberculoso y según el testimonio de Noemi Labruno: *“...sacaban a ciudadanos chilenos de las colas que se hacían en el hospital para ser atendidos y los mandaban a Chile. Además no les daban los certificados de buena salud para obtener la documentación. El Doctor Enrique Zabert²⁰⁸ fue el que sacó radiografías gratis para que pudieran hacer su certificado de buena salud, donde una de las pruebas era de antituberculosis. Arriesgó su vida para dárselos”*.²⁰⁹ La médica pediatra Isabel Álvarez coincide al afirmar que se llevaban familias enteras durante los años de 1978

²⁰⁷ Entrevista a Antonio García. Neuquén, 13-06-2013.

²⁰⁸ Enrique Zabert arribó a la provincia de Neuquén a finales de los años sesenta y tuvo a su cargo el Programa provincial contra la Tuberculosis. Fue Director del Hospital Bouquet Roldán y desde allí coordinó las acciones para erradicar dicha enfermedad en toda la provincia. Tuvo un rol sumamente destacado dentro del Plan de Salud en los años de 1970.

²⁰⁹ Testimonio de Noemí Labruno en audiencia de debate Causa n° 666, *“Reinhold y otros s/privación ilegal de la libertad...”* Tribunal Oral Federal (TOF) N° 2. Neuquén, año 2008.

y 1979,²¹⁰ en muchos casos los residentes de origen chileno hacían atender a sus hijos en las guardias médicas y no en el consultorio “...nos decían “doctora yo no vengo al consultorio porque nos fichan y además hay médicos que no nos quieren atender”...esto motivó una reunión de los distintos servicios del hospital porque había una normativa que no se podía atender a extranjeros... hicimos una reunión y ahí obviamente había miedo y algunos decían que había que seguir la normativa y otros decíamos que no... decidimos que no íbamos a hacer caso a la normativa y la dirección nos llamó la atención”.²¹¹

Para el tratamiento de determinadas patologías se debía solicitar autorización, por ejemplo la Nación administraba los marcapasos, las válvulas de hidrocefalia y antes de que se desarrollara el tratamiento oncológico en el Hospital, se otorgaba la autorización para pedir quimioterapia o proceder a dar turno para radioterapia, invariablemente en Buenos Aires. Esto también fue prohibido para los pacientes de origen chileno: “...cuando el clima bélico se hizo presente, se cortó toda posibilidad a los que eran de origen chileno. El vecino, el paciente había dejado de ser tal, para integrar la categoría de enemigo, al que se le negaba todo, hasta la dignidad de una muerte humanamente soportable... Recurrimos a las vías posibles... incluso a truchar las historias clínicas para conseguir los insumos”.²¹²

El rechazo era también cultural. Quienes formaban parte del hospital en esos años no recuerdan casos de médicos o enfermeras

²¹⁰ La Gendarmería Nacional argentina había cerrado la frontera al tráfico proveniente de Chile y prohibido su comercio con Brasil, asimismo el embajador chileno en la OEA denunciaba que la Argentina había expulsado a más de 4000 chilenos residentes en el país. Cfr. VIO VALDIVIESO, Fabio. *La mediación de su S.S. el papa Juan Pablo II*. Editorial Aconcagua, 1984.

²¹¹ Entrevista a Isabel Álvarez. Neuquén, 4-07-2013.

²¹² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, “Historia del Hospital Neuquén, Hospital Castro Rendón”. Dr. Losada.

que no atendieran urgencias o tratamientos a los extranjeros, pero sí que había conductas individuales que respondían a prejuicios culturales: *“todo el grupo del hospital tenía una idea que la salud era más importante que la enfermedad*

“...recuerdo una expresión de Jorge que era el ministro y decía el hospital tiene un nivel muy alto y la medicina privada tiene un nivel muy bajo, yo no puedo hacer subir a la privada, lo que voy a hacer es bajar la del hospital”

Daniel E. Correa

*...toda esa gente lo sentimos con mucho dolor el tema de los chilenos...la prohibición de atenderlos fue cultural, lo hacía la persona que en la accesibilidad para sacar el turno le pedía el documento y le decía” No, usted no...” cuando en la puta vida se pedían documentos!/, pero bueno... era cultural... en el 79’ los neuquinos de algunos barrios compraron armas en contra de los chilenos...y ahí decís yo no entiendo nada...”.*²¹³ Las directivas contradictorias respecto a la atención de la población extranjera fueron una constante a lo largo de los ochenta y no resultaron patrimonio exclusivo de la dictadura. Cuando se llevó a cabo el plebiscito popular propuesto por el gobierno de Raúl Alfonsín en 1984, que consideraba la posibilidad de aceptar o rechazar el *Tratado de Paz y Amistad* que resolvía la controversia con Chile por el Canal del Beagle,²¹⁴ en la provincia de Neuquén: *“...recibimos órdenes de no atender a embarazadas chilenas... yo atendía en la salita de Nueva Esperanza y de esas embarazadas al mes que yo controlaba, casi el 80% era de origen chileno...”.*²¹⁵

La Provincia de Neuquén ingresó a la década de 1980 con un sistema de salud bifronte: de un lado un subsistema público

²¹³ Entrevista a Coco Mantilaro. Neuquén, 13-08-2013.

²¹⁴ El plebiscito no tenía carácter vinculante, sin embargo el 56% de la población participó y un 83% optó por aceptar las condiciones del Tratado.

²¹⁵ Entrevista a Mabel Egea. Obstétrica. Ingresó al Hospital Castro Rendón en 1982 como concurrente y en 1985 fue nombrada Jefa del servicio de Obstetricia. Neuquén, 4-07-2013.

consolidado y legitimado y del otro un sector privado robustecido y alimentado por las obras sociales, fundamentalmente el ISSN.²¹⁶ El mercado médico se vio sacudido, en los inicios de esta década, por el pasaje de un alto número de profesionales del régimen de dedicación exclusiva a la práctica privada, sin abandonar su inserción en el hospital público. Este éxodo debe entenderse como resultado del desaliento que la dictadura cívico-militar provocó al régimen de médicos de tiempo completo a través de remuneraciones desactualizadas y una norma legal por la cual los profesionales con esta dedicación quedaban en disponibilidad para ser trasladados a cualquier punto de la provincia a prestar servicios.²¹⁷

La Dictadura intentó arancelar el acceso a la salud, sin embargo Neuquén fue una de las pocas provincias que resistió duramente dicha medida. Se llegó a dictar una Ley de arancelamiento hospitalario pero no se reglamentó hasta 1984. Ya en 1982 la obra social provincial, el ISSN, firmó un convenio con las autoridades de salud pública por el cual pagaba las prestaciones de alta complejidad (cámara gamma, cobaltoterapia) que se efectuaban en el Hospital Neuquén.

El Hospital Regional consolidó su función de cabecera del sistema, se incrementó la cantidad de recursos humanos, se expandió ediliciamente y la oferta de salud se amplió al incorporar tecnología y nuevas especialidades. Se complejizaron no solo los casos clínicos sino también los quirúrgicos con cirugías de mayor dificultad como las digestivas, pulmonares, nefrourológicas, traumatológicas, oftalmológicas y de ORL, neuroquirúrgicas, y aún cardiovasculares.

En 1979 el área del Hospital Regional Neuquén, tenía a cargo ocho establecimientos de complejidad II (centros de salud periféricos) y uno de complejidad VIII; contaba con el mayor número de camas disponibles en toda la Provincia, un 26,9%, que

²¹⁶ TARANDA y otros. *Silencio Hospital...*, op. cit.

²¹⁷ GOROSITO J y HELLER Horacio, op. cit., p. 96.

para 1981 ascendía a un 27,5 % del total provincial. En cuanto a los recursos humanos el Hospital entre 1970 y 1980 incrementó significativamente el número de médicos y enfermeras, no así el de odontólogos y bioquímicos. En 1981 contaba 138 médicos, 9 bioquímicos, 7 odontólogos y 218 profesionales de enfermería, para una población local estimada en 83.094 habitantes.²¹⁸ El personal médico cada diez mil habitantes del sistema de salud estatal provincial a inicio de los años ochenta se había incrementado en un promedio del 77,6%; sin embargo por primera vez en relación a la década pasada, la proporción de médicos que trabajaban en el sector privado superó a quienes lo hacían en el público.²¹⁹

De la Residencia de Medicina General con orientación Rural implementada en 1974 y llevada a cabo por el Hospital, habían egresado -en 1983- ocho promociones con retención en la provincia del 100% de los profesionales: un total de 65 y de ellos, 63 continuaban con régimen de dedicación exclusiva. En la capacitación de médicos generalistas para desempeñarse en hospitales de mediana complejidad a partir de 1980 ingresaron en las cuatro clínicas básicas y especialidades críticas, 25 profesionales de los cuáles en tres años habían egresado 14. Se ampliaron los programas y cursos de especialización lineal clínica médica y oncología radiante; en esta última especialidad se contó con el aval de la Comisión Nacional de Energía Atómica (CENEA) para la formación de ocho profesionales de los cuáles cinco eran becarios de la Provincia de Chubut.²²⁰

²¹⁸ PROVINCIA DE NEUQUEN, MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SUBSECRETARIA DE SALUD. *Desarrollo de las acciones y situación actual*. Noviembre de 1983.

²¹⁹ TARANDA y otros, *op. cit.*, p. 72.

²²⁰ PROVINCIA DE NEUQUEN, MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SUBSECRETARIA DE SALUD. *Desarrollo de las acciones y situación actual*. Noviembre de 1983.

A partir de 1979 se implementó la Historia Clínica Perinatal y el “*Resumen Estadístico Perinatal*” propuestos por el *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano* (CLAP), dependencia de la *Oficina Sanitaria Panamericana* (OPS), que permitió realizar el primer diagnóstico general del estado de situación en toda la provincia en el año 1980. Este diagnóstico se realizó con expertos y permitió priorizar los problemas y diseñar estrategias a futuro. Desde entonces hasta la actualidad, el llenado y análisis de la HCP permitió cambios de rumbo en actividades de acuerdo a los diferentes problemas que se detectaron en el área perinatal.²²¹

La primera mitad de la década de 1970 fueron años de florecimiento y expansión del Hospital Regional. El impulso del Plan de Salud, la decisión política de la administración central y el compromiso social de los actores del sistema marcaron en forma indeleble las prácticas médicas. En estos primeros años se consolidó un modo de comprender y ejercer la salud pública: la noción de un hospital abierto que “sale a buscar a la gente”, que abandona el refugio de la atención especializada del consultorio y se involucra decididamente con los problemas más urgentes de una población en riesgo. La modernidad que implicaron estos cambios no estuvo dada solo por la impronta tecnológica o la hiperespecialización científica; para médicos, enfermeras y auxiliares la modernidad venía acompañada de la perspectiva colectiva del trabajo, de las concepciones integrales de la salud y de la humanización de la medicina. Los vínculos sociales internos, la trama de camaradería y complicidad, fueron centrales al momento de definir las líneas de acción para el sostenimiento del hospital; también lo fueron al momento en que la violencia terrorista de la dictadura se apoderó de la escena política argentina.

²²¹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Neonatología. Dr. A. Videla.

La irrupción de la dictadura cívico militar resintió la continuidad del Plan de salud que sin el compromiso de sus actores, sin el éxito del mismo en materia de prevención sanitaria y dada la especial coyuntura vivida en la provincia de Neuquén como área de frontera, se hubiese visto afectado en un alcance mayor o directamente abolido como lo fue en la provincia de Río Negro y en otras del país. La concepción de los militares acerca de la salud pública estaba alejada de los fundamentos que dieron sustento a la transformación sanitaria de la provincia de Neuquén. A partir de 1976 comenzó el proceso de creciente privatización y descentralización de la salud, resultado de la convicción con la cual llegaron al poder y que consistía en terminar con los “vicios” de la democracia y los “excesos” del Estado Benefactor. La forma en que afectaron al desarrollo de la salud pública en la provincia, se reflejó en el ataque al pilar de la misma constituido por la dedicación full time de los médicos, en la vigilancia ideológica de prácticas y conductas individuales, en la creación de un estado de permanente amenaza sobre la continuidad del empleo en el sector, en la falta de lineamientos claros o en su defecto en la ejecución de conducciones de escasa formación profesional e ignorantes en su mayor parte de los fundamentos básicos del sistema neuquino.

Hacia comienzos de los años ochenta la etapa más cruda de la represión terrorista había concluido y los militares esperaban lograr una salida negociada que les garantizara la impunidad sobre las atrocidades cometidas, incluso esperaban salir airoso e involucrarse nuevamente en la sociedad de manera victoriosa en la guerra contra la “subversión”. En Neuquén la instancia de negociación abierta con la clase política se expresó bajo el gobierno de Domingo Trimarco y su acercamiento al Movimiento Popular Neuquino y a su líder Felipe Sapag. En los inicios de los ochenta, y conflicto con Chile mediante, se llevaron a cabo inversiones importantes que permitieron expandir la oferta del Hospital regional como cabecera del sistema de salud

provincial. Sin embargo la misma gestión que habilitaba la bomba de cobalto y ampliaba la cobertura para una de las patologías más importantes que afectaba a la población, era la misma que negaba la cobertura básica a residentes de origen chileno y los abandonaba en la frontera.

Reunidas en su "sede", un pequeño cuarto ubicado en el subsuelo, abarrotado de ropa y otras donaciones, las voluntarias, de chaqueta azul y distintivo, diagraman su labor que se extiende a diario por los distintos servicios que funcionan en el hospital

Entre la primavera del plan de salud y los años blindados de la dictadura, el Hospital Regional Neuquén continuó siendo el referente más importante de la Patagonia y consolidó su lugar de prestigio en la historia de la Salud Pública Argentina.

Las voluntarias del hospital Castro Rendón "María Servidora" La solidaridad cotidiana

En agosto de 1977 por iniciativa del entonces obispo de Neuquén Monseñor Jaime De Nevaes se creó en la capital de la provincia, el voluntariado, un grupo de mujeres católicas que entregaron su tiempo para trabajar a favor de hacer más llevadero la estadía de los enfermos en el hospital Castro Rendón.

Integradas rápidamente a la pastoral de salud, la primera comisión estuvo integrada por: Alba Buduba, Coordinadora, Mirta Granados, Secretaria e Inga Páramo, Hugo Buduba, Dora Biotti, Adelina Pifarré, Claudina Petrelli, Evita del Campo, Hilda Troviano y Chini Kostoff.

A lo largo de sus treinta y seis años, el grupo fue creciendo y consolidándose y además de la ayuda espiritual, su actividad se complementa con la coordinación de grupos que además de recepcionar las donaciones en dinero recolectan ropa y alimentos para los pacientes internados en el nosocomio y sus familiares.

Dentro del hospital sus actividades son múltiples y van desde ayudar a alimentarse e higienizarse a aquellos pacientes impedidos de hacerlo hasta proveerlos de los elementos que más necesitan. Junto a esto, en los primeros tiempos, también cumplían la tarea de avisar por radio a los familiares localizados en parajes alejados de la capital el estado o las necesidades de sus parientes internados. Incluso, de sus propias habilidades manuales surgen los ajuares para los bebés que vienen al mundo, en la sala de neonatología.



Como bien señala un periodista del diario Río Negro en una nota aparecida en 2003 *“No es el tiempo que le sobra lo que brindan, es el tiempo que los demás necesitan. No es tan solo la difusión de la palabra del evangelio lo que transmiten, sino también la noticia de que en Neuquén existen rincones de solidaridad que no se quedan quietos”*.²²²

Finalmente digamos que la actual comisión está integrada por: Teresa Giacinti, Coordinadora, Teresa Castro, Vice Coordinadora, Rodolfo Castoldi, Secretario, María Amalia Russo, Pro Secretaria,

²²² Diario Río Negro. General Roca, 12 de septiembre de 2003.

Alicia Maschio, Tesorera, Estela Urriste, Pro Tesorera, Beatriz Martín, Revisora de Cuentas Titular, Nelba Villani, Revisora de cuentas Suplente, Nelba Villani, Formadora Titular: Elsa de Fazio/Chimpoy. Formadora 2° Suplente: Susana Albornoz. Referente 2° Piso Mimi Petroselli. Referente 3° Piso: Mirta Sandoval; Referente 4° Piso: Teresa Castro; Referente 5° Piso: Sebastiana Peucón; Referente Salud Mental: Ana Rimaro; Referente Pediatría: María Adela Muñoz.

CAPÍTULO 4: EL HOSPITAL DESDE LOS OCHENTA A LA ACTUALIDAD: RESISTENCIAS Y AVANCES

Francisco Camino Vela

En capítulos anteriores hemos visto el desarrollo del Hospital desde sus orígenes y en particular el despegue del mismo y del sistema público de salud en base a un plan que ha sido motivo de elogios dentro y fuera de la provincia. En tiempos de territorio nacional y luego como provincia, con democracias entrecortadas o proscriptas, y atravesando un durísimo y sanguinario régimen militar tras el cual sobrevino el definitivo retorno democrático, llegamos al capítulo final de este libro para reconstruir la historia desde los ochenta a la actualidad.

En este amplio período, pero sobre todo a partir de los noventa, se van a producir transformaciones estructurales en el subsistema público de salud que van a afectar al Hospital cabeza del plan que fue y siguió siendo la bandera del partido provincial.²²³ La resistencia y defensa de la salud pública a la que fue llevada el Castro Rendón, en una lucha constante por los recursos y por una concepción específica de salud pública, lo convirtió progresivamente en epicentro de conflictos.

²²³ Mientras este texto estaba en producción, el Movimiento Popular Neuquino dirimía su interna de cara a las elecciones legislativas de octubre de 2013. En la campaña, la salud pública ocupó un lugar central, tanto en el oficialismo, dirigido por el gobernador Jorge Sapag, como en la oposición, conducida por el dirigente sindical petrolero Guillermo Pereira. Los primeros, con la vicegobernadora como candidata central, presentaban en una carta firmada por el propio gobernador los logros de su gestión, entre lo que destacaban a la salud pública. En tanto los segundos, a la postre ganadores, publicaban en los días previos a los comicios y en la contratapa de los principales diarios, la construcción de hospitales llevadas a cabo por su gremio y motivada por lo que consideraban una deficiente salud pública.

Los embates del neoliberalismo y su lógica, iniciados en Argentina con el Proceso militar y que retomó fuerza, tras el breve período del retorno democrático, en los noventa, le otorgaba a la salud pública un destino específico. Su misión se reducía a la atención de los sectores más vulnerables, pero desde recursos sanitarios escasos, dejando la atención de mayor calidad y sobre todo con mayor componente tecnológico en manos de los centros privados que crecían bajo el nuevo sol del consumismo y la mercantilización de la salud, socialmente aceptada por las clases medias y altas. Las obras sociales, imprescindibles para este modelo, junto con fórmulas aún más comerciales, como las prepagas, acompañaban un proceso de reconversión del bienestar de derecho a sólo oportunidad. Todos los servicios públicos seguirían este derrotero en el marco de un estado que se achicaba, desregulaba y entregaba al mercado sus funciones principales.²²⁴ La sociedad absorbió rápidamente esta lógica individualista, que penetraría profundamente en los lazos sociales, desestructurando una comunidad que ofrecía progresivamente mayor cantidad de excluidos.

Neuquén y su sistema de salud no se verían exentos de las presiones generales a favor de este tránsito de lo público a lo privado. De hecho y como vimos en el capítulo anterior, los militares tuvieron proyectos iniciales en este sentido. Sin embargo, la solvencia del plan de salud, la red profesional que lo sostuvo y el apoyo de una sociedad acostumbrada a ver crecer notablemente su lucha contra la enfermedad y a considerar a la salud como un derecho, dificultó la implementación de este proceso general en la provincia. No pudo imponerse la citada nivelación hacia abajo del sistema público, pero tampoco aquél quedó indemne. El acoso al

²²⁴ Para ver este proceso y las diferentes configuraciones ciudadanas a las que dio lugar, ver la obra de SVAMPA, Maristella, *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*, Buenos Aires, Ed. Taurus, 2005.

sistema de dedicación médica *full time*, la oferta de mayores ganancias que el mercado ofrecía a los profesionales, sumado a decisiones políticas sobre la configuración del sistema de salud y los diferentes subsistemas que lo componían, presenta en estos años una reedición de ese viejo conflicto y transformaciones de la salud pública y su hospital central de las que tendremos que dar cuenta. Todo ello ya en el marco de instituciones y prácticas democráticas.

La historia del Hospital no se agota obviamente en los conflictos, sino que bien por el contrario, y en gran parte también por el ingente esfuerzo de su personal, de la sociedad que lo apoya y naturalmente de instituciones y políticas públicas, estas décadas muestran numerosos y muy valiosos avances.

En consecuencia, dar cuenta de los intentos de retroceso, las resistencias y los avances del Hospital Castro Rendón, es el objetivo de este capítulo. Para ello hemos utilizado como base el libro que sobre el sistema provincial de salud publicara el Grupo de Estudios de Historia Social en el año 2008 por impulso del profesor Demetrio Taranda.²²⁵ Hemos contando con la colaboración de varios profesionales del Hospital que fueron entrevistados y serán debidamente citados. Y finalmente, recibimos la inestimable colaboración de una serie de materiales inéditos que pertenecen, como parte también de la celebración del centenario del Hospital, a un libro que da cuenta del desarrollo histórico de cada uno de los servicios.²²⁶

²²⁵ TARANDA, Demetrio y OTROS, *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*, Neuquén, Educo-Universidad Nacional del Comahue, 2008. Si bien esta obra será debidamente citada en cada apartado, cabe señalar que las entrevistas y diarios previos al 2009 que aparecerán en adelante, han sido extraídos de este libro.

²²⁶ Reiterando lo dicho en capítulos previos, valgan estas líneas como agradecimiento sincero a esta desinteresada colaboración, en especial al Dr. Miguel Pulita. En adelante y cuando se use información proveniente de dicha obra, se consignará como *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro*

La institución que nos toca analizar es muy compleja, no sólo por su dimensión, su amplio desarrollo y crecimiento en las décadas que aquí revisamos, sino por la variación del contexto que rodeó su devenir histórico y los obstáculos o dificultades a las que tuvo que enfrentarse. Esta aclaración nos da pie a resaltar que, en el marco de la extensión y el estilo que una obra de este tipo tiene, no hay posibilidades de que todos los actores estén presentes. De hecho, habrá protagonistas, sectores, servicios –son hoy día ochenta-, avances, luchas e historias que no se encuentren reflejadas aquí. Faltan otras voces, como la de los pacientes y la de algunos grupos laborales de la institución, u otros actores sociales vinculados, que poblarán seguramente otras obras.

Las páginas que siguen no pretenden agotar el análisis, sino bien por el contrario aportar algunas bases de los procesos que ocuparon al Hospital en su historia reciente desde los ochenta al siglo XXI.

Continuidades y transformaciones del Hospital en los años ochenta

La década del ochenta supuso en el país el retorno de la democracia y un aumento significativo de la participación ciudadana y de las expectativas de mejora. En este sentido, el plan de salud provincial y sus instituciones centrales, como el Hospital Castro Rendón, punta de la pirámide en complejidad, significaban un gran logro del estado provincial neuquino gestado previamente y sostenido, hasta en los momentos más difíciles, como muestra del bienestar neuquino.

En esos años, los índices de la salud provincial mostraban que la mortalidad infantil por mil nacidos vivos había pasado de 108,4 en 1970 a 32,5 en 1980, bajando a 23,6 en 1987 y arribando en 1990

Rendón, el nombre del servicio correspondiente y el nombre del profesional que escribió o coordinó la información de su servicio.

a 18,6, siendo el promedio nacional de ese año de 22,9, o sea 4,3 puntos porcentuales por debajo de la media nacional.²²⁷ Otro indicador importante para la eficiencia de internación, el giro de camas, se incrementó entre 1980 y 1991 implicando con ello menor tiempo de internación y utilización de la

misma cama por mayor cantidad de pacientes distintos en el año.²²⁸ Si comparamos las cifras de los indicadores entre 1987 y 1991, en relación a 1980-1987, podemos señalar como mejora el crecimiento de los médicos y enfermeros con porcentaje mayores a los de la población y a las consultas. Los médicos cada 10.000 habitantes se incrementaron en un 33% y los enfermeros en un 22%. Las consultas promedio por médico por año, lo mismo que para los enfermeros, disminuyeron un 21% y 13%. Cada médico en promedio pasó a “atender” de 2.275 a 1.795 pacientes entre 1987 y 1991. En el caso de los enfermeros las cifras promedio disminuyeron de 1.268 a 1.097.

Respecto al Hospital, el Dr. José Russo, Director general desde 1982 y durante gran parte de la década, señala que sobre la institución a inicios de los ochenta existía una gran fantasía de lo que era pero en realidad había muchas falencias que tuvieron que ser

Las instalaciones a principios de los ochenta:

“Cuando fui a la dirección del hospital, las cocineras colaban los fideos y las papas en el piso... en invierno la condensación del vapor en el techo de chapa obligaba a las cocineras a ir con capucha porque llovía dentro de la cocina... durante mi gestión cambiamos la cocina, hicimos el comedor, una despensa...”

Dr. José Russo

²²⁷ VACA NARVAJA, Gustavo, *Informe. Gastos en Salud. Crecimiento y avances (1987-1991). Políticas e impactos*, abril 1991. Citado en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, p. 92.

²²⁸ Las cifras provinciales desde 1980 a 1995 y sus índices de variación pueden consultarse en el cuadro nº 15 en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, p. 93.

resueltas.²²⁹ Por ejemplo, no había quirófanos apropiados, operándose en un lugar tradicionalmente inadecuado, pero con el compromiso se intervenía igual. Afirma que la mayoría de la tecnología, la superficie y los recursos humanos se incorporaron en estos años, así como infraestructura indispensable para una institución que junto con los centros periféricos de Neuquén sumaba 1.600 agentes.

Como otro hecho relevante del período señala el Dr. Russo que, por afuera de los cuatro servicios clásicos –clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología- que ya estaban, se crearon la mayoría de los servicios, con sus concursos de jefe correspondiente. Fue el caso del servicio de salud mental y de anestesia, entre otros. También se creó el Comité de Docencia e Investigación, en 1982/1983 con la Dra. Carlota Pérez como responsable, y poco después la Oficina de recepción de pacientes del interior provincial (ORPIP), por citar algunas innovaciones. En esta época, se crea también la jefatura del área programa que obligaba a salir al hospital a los centros de salud, lo que ya hacían voluntariamente algunos servicios, como pediatría. Siguiendo este espíritu característico de hospital extramuros, los residentes de ese período atendían en las casas de las tomas.

Los indicadores generales expuestos mostraban la marcha del sistema de salud en línea con el impulso que traía desde la creación del plan. Fruto de esfuerzos múltiples personales e institucionales, y de mucho compromiso, el Hospital Castro Rendón, que alcanzó esta

²²⁹ Entrevista al Dr. José “Pino” Russo. 16-09-2013. Médico recibido en 1973 en la Universidad Nacional de la Plata. Residente en Medicina Rural del Hospital Regional Neuquén. Director del Hospital de Aluminé entre 1976-1978. Jefe de zona sanitaria III desde 1978. Jefe de zona sanitaria I entre 1980-1982. Director General del Hospital Castro Rendón entre 1982-1986, y entre 1986-1990, con una licencia intermedia desde 1988. Ministro de Salud en 1991. Volvió a la dirección general del hospital entre el 2001 y el 2007. Fue también Secretario general de la Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSPPRA), entre otros cargos.

denominación en este período, seguía progresando en sus áreas originales. De hecho, el servicio de Pediatría, clave en el plan de salud provincial, proveía transformaciones e indicadores muy relevantes para el mismo, y en esta década siguió la senda de crecimiento de los recursos humanos en el servicio, acompañando el crecimiento de la demanda en atención y el proceso de complejidad del propio Hospital.²³⁰

El nombre del Hospital

Según relata Víctor Peláez, él le contó en los ochenta a Luis “Chito” Jalil, miembro del gobierno de Felipe Sapag, lo realizado por Castro Rendón, y es por esto que se lo bautiza con ese nombre al hospital. En 1984 recibe el nombre de Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón²³¹.

El Dr. Russo, director del Hospital en esa época, afirma que el origen del nombre fue otro²³². Relata que a principios de los ochenta se había creado el Sindicato Único de Trabajadores del Estado de Neuquén (Suten), pero adentro del Hospital no era bien vista la mezcla de todos los integrantes en un solo sindicato y crearon la Asociación de Empleados del Hospital, llamada Asociación de no profesionales. Esta Asociación propuso hacer una fiesta para el aniversario del Hospital, pero la fecha no era clara por lo que desde la dirección fueron a buscar a Juan Mario Raone, que vivía cerca del mismo, para que hiciera una recopilación histórica, una investigación, y resolviera este problema. Ahí aparece el tema del Dr. Castro Rendón como el responsable de la famosa toma del Hospital. *“Es el Dr. Horacio Lores, a la postre Subsecretario de Salud, el que me dijo: Pino porqué no le ponen Castro Rendón”*. Esto fue antes de la fiesta y por un decreto se le instala el nombre. Russo y miembros de la Asociación,

²³⁰ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez. Médica pediatra del Hospital Regional, nombrada en Mayo de 1974 y Jefa del servicio de Pediatría entre los años de 1986 y 1994.

²³¹ Diario *La Mañana Neuquén*. Suplemento especial “100 años Hospital Castro Rendón”. 28 de julio de 2013.

²³² Entrevista al Dr. José “Pino” Russo. 16-09-2013.

como Andrés Maripe, fueron previamente a visitarlo al Dr. Castro Rendón y le pidieron la autorización. Después se mandó a hacer la placa y fue colocada en la puerta por el Director del Hospital y la Asociación de no profesionales. Además Lores cambió el nombre de regional a provincial, quedando como “Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón”.

Como afirma la Dra. Álvarez, entre 1980 y 1991 la demanda de atención aumentó y los integrantes del Servicio de Pediatría se continuaron capacitando, actualizando e implementando los cambios que demandaban las nuevas morbilidades. Se agregaron cirugías cada vez más complejas -digestivas, pulmonares, nefrourológicas,²³³ traumatológicas, oftalmológicas y de ORL, neuroquirúrgicas y cardiovasculares- y se comenzó con la atención de pacientes quemados graves y pacientes oncológicos.

Algunos logros del Servicio de Pediatría en esta etapa:

- Implementación de las normas de atención ambulatoria al niño menor de 6 años ampliando así el grupo etáreo bajo control en salud. 1987.
- Entrega de la Libreta de Salud desde el nacimiento, siendo respaldado posteriormente por la ley provincial N° 1857 de 1990 que la convirtió en obligatoria tanto para el ámbito público como para el privado.
- Surgimiento de las normas de internación pediátrica, sistematizando la atención.

El servicio de pediatría tuvo que adaptarse a estas necesidades para responder al diagnóstico y tratamiento de patologías complejas, lo que implicó adecuar los recursos humanos tanto médicos como de enfermería. Varios pediatras se especializaron en subespecialidades,

²³³ El hospital tuvo uno de los primeros servicios pediátricos de la Patagonia que contaban con la especialidad de Nefrourología pediátrica.

caso de la terapia intensiva y nefrología infantil, gastroenterología infantil, cardiología infantil, neurología pediátrica, neumonología, infectología pediátrica, crecimiento y desarrollo, endocrinología pediátrica, dermatología, oncología pediátrica y en adolescencia. Solicitando también el equipamiento y los insumos correspondientes.

El cambio del patrón de morbilidad de la salud infantil dejó en evidencia la necesidad de trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales, superando el objetivo de bajar la mortalidad infantil para lograr un mejor desarrollo intelectual y sociocultural de la infancia²³⁴. Esto explica la relación del Servicio de Pediatría con Educación y el trabajo interdisciplinario con maestras.



Foto: Algunas integrantes del equipo que ganó el Premio “Donato Segré” otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría. De izquierda a derecha: Lidia Cuello, Myriam Coviaga, Nicolásita Vicens, Celia Destéfano, María Celia Casado, Graciela Ordoñez e Isabel Álvarez. Fuente: Archivo privado Dra. Isabel Álvarez.

²³⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Pediatría*, Dra. Isabel Álvarez.

Premio “Donato Segré”

El Programa de Apoyo a la Crianza “Crecer Juntos”, elaborado por las Dras. Celia Destéfano e Isabel Álvarez, con la colaboración de la psicóloga Lidia Cuello, implementaba acciones de educación para la salud, apoyo a la crianza y estimulación oportuna. Como programa preventivo para los primeros años de vida, funcionó con excelentes resultados desde 1984 en el Centro de Salud del barrio Progreso y obtuvo en 1988 un premio a nivel nacional, el “Donato Segré” acerca de “El Niño, el Adolescente y su Familia en la Sociedad Contemporánea”, otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría, el primero en su tipo para la provincia.

El equipo interdisciplinario estaba conformado por la Directora de la escuela Domiciliaria- Hospitalaria Num. 4 de Neuquén, Sra. Marta E. Ramón; las docentes Nicolásita Vicens, Lucy Anderson, María Celia Casado, Kucky Cambell y Myriam Coviaga; las asesoras Dra. Aurora Pérez, Psiquiatra infantil, la Profesora en ciencias de la educación Silvia Celeri y la Lic. Lidia Talín; las pediatras del Servicio de Pediatría del Hospital Castro Rendón, Dras. Isabel T. Álvarez, Celia Destéfano, Nancy García de Domínguez y Graciela Ordoñez y la Psicóloga Lidia Cuello del Servicio de Salud mental del mismo Hospital.

El acompañamiento al paciente y su familia, rasgo de humanización de la atención médica que era distintivo del plan y esencial en este servicio, se materializó en este período en actividades grupales, caso del grupo de apoyo al niño asmático y su familia, que con la participación de las Dras. Carlota Pérez y Celia Destéfano y de enfermeras, realizaba tareas educativas respecto a las patologías, sus tratamientos y los factores de riesgos, entre otras informaciones destinadas a un mejor acompañamiento y recuperación de la salud. En esta línea, se encuadraban las actividades recreativas en el sector de niños de segunda infancia y las actividades de psicoprofilaxis quirúrgica y tareas recreativas a cargo de cuenta cuentos. El consultorio para el cuidado de la salud

del Adolescente comenzó a mediados de los ochenta, funcionando con altibajos por falta de recursos humanos y materiales. También comenzó a funcionar el grupo de atención al niño maltratado. Gran parte de estas actividades tuvieron larga duración o continúan hasta el presente. Pese a todo, la planta física de pediatría siguió siendo la misma, quedando progresivamente cada vez más inadecuada, lo que implicó expandirse por otros lugares del Hospital y la realización de modificaciones edilicias para los nuevos requerimientos.

“Cuentacuentos”

En 1988, desde la Dirección Provincial de Bibliotecas Populares y por iniciativa de la escritora María Cristina Ramos, se generó un movimiento artístico que revalorizaba el antiguo arte de la narración oral, los “Cuentacuentos”.²³⁵ Formando parte del programa de promoción lectora “La mochila”, los libros y las cuentacuentos llegaron semanalmente a la Sala de Segunda Infancia del Hospital. Un año después se insertaron en el grupo de “Psicoprofilaxis Quirúrgica”, contando inicialmente con el auspicio de la Fundación del Banco Provincia de Neuquén. Desde la política institucional de contemplar al paciente como un persona, necesitada de contención, y una concepción de la salud que incluye también las dimensiones psíquica y el entorno de sus afectos, los cuentacuentos se hicieron presente en diferentes grupos de apoyo: “Padres de Niños Internados”, “Familias con niños asmáticos”, “Psicoprofilaxis Quirúrgica”, “Recreación en Sala de II Infancia”, “Padres de Prematuros” y “Sala de Hemodiálisis”. Alguno de ellos lleva ya veinticinco años de duración.

²³⁵ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Cuenta cuentos en el ámbito hospitalario, Docente Alicia Lidia Álvarez.

La Dra. Álvarez destaca también durante este período la sistematización del registro de datos estadísticos y la evaluación de actividades realizadas en todas las áreas, que permitía conocer los resultados sanitarios en relación a los objetivos propuestos, facilitando las tareas de planificación.

“Cambió el patrón de morbilidad de la salud infantil, desplazándose de los problemas nutricionales-infecciosos a los problemas de salud más prevalentes como accidentes, malos tratos, disfunciones o retrasos del desarrollo psicomotor, trastornos de aprendizaje, vinculados a factores multicausales estrechamente relacionados con los hábitos de vida, modificación del medio ambiente y comportamiento social y cultural”

Dra. Isabel Álvarez

Además, la participación en las evaluaciones de personal médico y de enfermería de las zonas sanitarias, y la producción y distribución de documentos para los integrantes del plan de salud, fomentaba el compromiso con el plan. Una mención especial, a juicio de esta doctora, merece el trabajo del Dr. Claudio Ronis en gastroenterología infantil, en particular con los niños celíacos y sus familias. Sus esfuerzos para formar la Filial Neuquén de la Asociación para la Asistencia al Celíaco de la Argentina (ACELA), así como su dedicación exclusiva y defensa del hospital público ameritan este reconocimiento.

Un área central en el desarrollo del Hospital es sin lugar a dudas Enfermería, que sufrió un proceso continuo de transformación. En los setenta la provincia tenía en enfermería un centenar de empíricos y sólo sesenta enfermeros, lo que motivó que la responsable del área, Dina Tomio, impulsara un proceso de reconversión de aquellos en auxiliares de enfermería, logrando que en los ochenta ya no quedaran más empíricos en la provincia, lo que la diferenciaba de gran parte del país.²³⁶ El proceso formativo

²³⁶ Entrevista a Lic. Alba Churrarin. 12-08-2013. Recibida como Enfermera Profesional en 1963, ingresó dos años después al Sistema Público de Salud. Entre 1970 y 1979 fue Jefa de Unidad, Supervisora de Enfermería, Jefa del Departamento

continuaría con la conversión de auxiliares en enfermeros y terminaría años después con la profesionalización de todos los recursos. Esta senda de capacitación acompañó necesariamente la apertura de nuevos servicios y el desarrollo en la complejidad del nosocomio. Así lo entendieron además las diferentes conducciones del Hospital cabecera del sistema de salud provincial.²³⁷

Enfermería y compromiso

El esfuerzo y compromiso de enfermería fue siempre muy relevante para el desarrollo del Hospital. Desde Pediatría recuerdan a las enfermeras que se fueron capacitando y profesionalizándose en el área, todas ellas indispensables. Es el caso de Alba Churrarin, Teresita Soriani, Argentina González, Argentina Reyes, Inés Millain, Ada Marazato en neonatología y tantas otras que con su dedicación y esfuerzo contribuyeron al crecimiento del Servicio.²³⁸ Un recuerdo especial le dedican a Dina Tomio, cuyo intenso trabajo desde el nivel Central fue muy relevante en la capacitación y profesionalización de la Enfermería de la Provincia.

En esta línea, en 1982 se convocó a un concurso abierto para enfermeros de todo el país, realizado en la Casa del Neuquén de la ciudad de Buenos Aires, con el objeto de contratar a seis

de Enfermería y Coordinadora de servicios de internación (en distintos tiempos), en el Hospital Castro Rendón, institución a la que seguiría vinculada por varias décadas en diferentes funciones. En 1987 concursó y ocupó el cargo de Jefe de Departamento de Enfermería, Área Asistencial en el Nivel Central de la Subsecretaría de Salud de la Provincia, siendo al año siguiente Directora Provincial de Enfermería en dicho nivel. Licenciada en Enfermería, fue presidenta de la Asociación Unión Enfermeros Neuquén (AUEN) entre 2001 y 2008.

²³⁷ Para el desarrollo que sigue de Enfermería hemos tomado como fuente el *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Enfermería, Lic. Alba Churrarin.

²³⁸ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez.

profesionales Enfermeras con formación, que fueron ubicadas como Supervisoras de Enfermería en los servicios ya establecidos.²³⁹ El Servicio de Enfermería pasó a denominarse Departamento, aumentando su jerarquía. Las actividades de capacitación, sobre todo en las nuevas especialidades médicas, se incrementaron en esta época.

Por el crecimiento del sector se creó el 1983 la Asociación Unión Enfermero/as del Neuquén (AUEN), que contó con el apoyo de Dina Tomio, alma de la enfermería en la provincia y que ha merecido un reconocimiento especial de todos los actores del Hospital entrevistados para esa época. Dos años después y con el fin de mejorar la formación, se creaba la Escuela Superior de Enfermería, que permitió la profesionalización de los auxiliares de enfermería con secundario completo.

Además de la trascendencia de los otros servicios clásicos del Hospital, caso de Clínica Médica o Cirugía, para entender la centralidad de esta institución y su inserción sanitaria, no solo a nivel provincial, resulta imprescindible remitirnos a su carácter de hospital docente o formador de recursos, lo que se tradujo en un aumento natural de nivel científico y académico.²⁴⁰ Si bien desde los inicios del plan de salud formó médicos generales a través de su Residencia en Medicina General, en 1985 surgieron otras formas de capacitación que fueron adoptadas en primer lugar por los servicios de Pediatría y Clínica Médica. No referimos a la capacitación orientada en las especialidades básicas -Pediatría, Tocoginecología, Clínica Médica y Cirugía General- destinada a médicos generales de la provincia, y la capacitación lineal ad-honorem para médicos que

²³⁹ En este grupo se incorporó en *Esterilización* la Lic. Marta Lima, enfermera con larga trayectoria en diferentes cargos dentro del Hospital y que es recordada por su esfuerzo y trabajo en el área, sobre todo en el terreno de la formación. Estuvo en la salud provincial de los setenta a los noventa.

²⁴⁰ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez.

no pertenecían al Sistema de Salud, siendo el antecedente de las Residencias Lineales formales en la especialidades básicas. Pero sería recién desde 1989 que se lograría la implementación formal de las residencias lineales en las cuatro especialidades básicas. El último paso sería las residencias en las especialidades desprendidas de aquellas cuatro, caso de cardiología y una amplia serie de subespecialidades. Cada paso implicó procesos de luchas, primero entre los generalistas y los especialistas y luego al interior de las especialidades básicas.²⁴¹

En directa relación con este rol formador hay que destacar el trabajo del Comité de Docencia e Investigación, creado según otras fuentes en 1989 como una comisión voluntaria que fue adquiriendo progresivamente tareas y responsabilidades, sobre todo a partir de las residencias médicas lineales.²⁴² La coordinación de actividades, redacción de reglamentos, jornadas de investigación, y la administración de los recursos para la enseñanza, fueron parte de las funciones que recayeron sobre este comité, así como la supervisión de los días otorgados al personal por capacitación. Su principal misión era y es el planeamiento, desarrollo y supervisión de las actividades para la formación y el perfeccionamiento del recurso humano y las actividades de investigación, brindando servicios para integrar las actividades asistenciales, docentes y de investigación con el objetivo de mejorar la calidad y el crecimiento continuo. Sin dudas que la responsabilidad sobre todas las actividades, tanto profesionales como administrativas, inherentes al ingreso de residentes al Hospital, ha sido en el largo plazo su mayor ocupación.

²⁴¹ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 4-07-2013.

²⁴² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Comité de Docencia e Investigación, Dra. Gabriela Luchetti.

Servicio de Cirugía

En 1984 para el tratamiento de las hemorragias digestivas altas se comienza con la inyección endoscópica de la lesión sangrante. La experiencia fue presentada por parte de los miembros del sector de endoscopia en el Congreso Argentino de Endoscopia Digestiva, Buenos Aires, 1989. Fue la primera experiencia notificada en el país de este tipo de tratamiento.²⁴³

Dr. Daniel Correa

Sin embargo, esta tendencia de dos décadas de crecimiento hospitalario, tuvo que enfrentar, a medida que nos acercamos a los noventa, las transformaciones que se producían en el contexto económico y social del país y de la provincia, así como en las concepciones políticas. El plan y el Hospital fueron sintiendo el impacto de reformas y cambios de perspectivas. La gestión provincial de salud del Dr. Gustavo Vaca Narvaja (1987-1991) puede ser revisada como una bisagra o transición en los años finales de esta década.²⁴⁴ Según Taranda y otros, el análisis de esta gestión nos permite revisar una configuración de gestión pública que mezcla el pasado, el presente y el futuro del sistema de salud pública, privada y de obras sociales de la provincia, madurando las semillas que fueron sembradas allá por los años setenta.

²⁴³ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Cirugía, Dr. Daniel Correa.

²⁴⁴ Dicha gestión ha sido ampliamente abordada para el plano provincial en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 78-94, mereciendo una respuesta escrita posterior del propio Dr. Vaca Narvaja a lo publicado en ese libro. Aquí tomaremos el primer texto. Los fragmentos de entrevistas que son reproducidos en este capítulo y son anteriores al 2009 pertenecen a él. Dicha obra incluye el análisis de un libro publicado por VACA NARVAJA, Gustavo, *Informe. Gastos en Salud. Crecimiento y avances (1897-1991). Políticas e Impactos*, abril 1991. Los fragmentos utilizados de este último libro pertenecen a TARANDA, Demetrio y OTROS.

Sin dudas, los cambios que se implementaron y los proyectos que se pretendieron llevar cabo, algunos fracasados, dieron lugar a numerosas controversias que dificultan su evaluación. En líneas generales, se acusó a dicho funcionario de desestructurar el sistema de salud de la provincia, de incrementar el gasto en salud inadecuadamente por el aumento de los cuadros técnicos y políticos de los que se rodeó, de desmotivar al recurso humano con decisiones contradictorias o autoritarias y sobre todo, de facilitar el crecimiento del sector privado deteriorando el rol del hospital público. No obstante y al mismo tiempo, para varios profesionales del Hospital este período implicó el surgimiento de sus especialidades y avances en sus áreas.

Tres elementos resultan centrales para evaluar las políticas de salud del período: el encuadramiento político del aparato estatal de salud; la modificación del sistema de salud provincial; y la autonomización en la provisión de medicamentos e insumos de salud.

Respecto a los cambios en la estructura de gestión de la salud en la provincia, Vaca Narvaja convirtió a la Subsecretaría de Salud en Ministerio de Salud Pública, siendo su primer ministro. Además realizó un recambio importante en los cuadros intermedios de gestión del sistema, desplazando del mismo a los llamados sanitaristas. Nos referimos tanto a los médicos con estudios certificados en salud pública como a los que tenían experiencia en salud pública y algunas capacitaciones realizadas al respecto, perteneciendo incluso algunos de los desplazados al propio Movimiento Popular Neuquino (MPN), pero a líneas internas diferentes.

El Dr. Gustavo García, recién incorporado como médico cirujano al sistema público de salud neuquino, expresaba así los cambios trascendentales en la conducción del mismo. “[...] *Fue una época sumamente conflictiva que tiene que ver también con el*

*desplazamiento de la vieja generación sanitarista de la Subsecretaría de Salud. Cuando viene Vaca Narvaja hecha a todos los que manejaban el sistema de salud, todo lo que era la burocracia oficial: a Fernando Leofanti, Russo, Horacio Lores, Fernando Burgarelli, Antonio García, Marta Gigia toda esa gente se tuvo que ir de la subsecretaría y fue reemplazada y el reemplazo no fue lo mismo [...]”.*²⁴⁵ A esto le agrega el Dr. Osvaldo Pellín, en su visión de este período, la búsqueda del aseguramiento partidario de las estructuras de salud del gobierno provincial, para que semejante dispositivo de legitimación política no se forjara objetivos políticos propios.

Precisamente y en el terreno de los cambios en las gestiones, uno de los conflictos centrales fue la decisión del nuevo ministro de prescindir del Dr. Russo como director del Hospital. Recuerda que *“Sin eufemismos me llamaban una vez por mes para que renunciara”*, y relata que ante su continuidad le colocaron, sin avisar, un subdirector y un jefe de insumos, además de otras intervenciones de cuadros de gestión de salud de la provincia en el Hospital.²⁴⁶ Finalmente el propio Vaca Narvaja le reiteró en una reunión la renuncia, a la que el director podía y seguía oponiéndose porque el cargo estaba concursado hasta 1990.²⁴⁷

Las razones de este rechazo hacia su figura provenían, según afirma Russo, de dos motivos, por un lado su condición de ser uno de los últimos que provenían de los históricos de salud, y por otro y parece más trascendente, por ser uno de los fundadores del Movimiento de Acción Política contrario al gobernador Salvatori, es decir una línea interna opositora dentro del MPN. No obstante, las

²⁴⁵ Entrevista al Dr. Gustavo García, Neuquén, 08-10-07.

²⁴⁶ Entrevista al Dr. José “Pino” Russo. 16-09-2013.

²⁴⁷ Finalmente es convocado por Horacio Lores, asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y contratado como asesor para el Banco Mundial y la OPS en Buenos Aires. Por intermedio de una licencia en 1988 y 1989 se resolvió su ausencia en el Hospital.

críticas del Dr. Russo son dirigidas no hacia el ministro, sino hacia el equipo que estaba debajo de él, caso de la Subsecretaria de Salud Estela Perrone, entre otros colaboradores a los que evalúa negativamente. En suma, critica que la nueva gestión politizó el sistema de salud y además replegó al hospital, retirándolo del medio y hospitalizando los centros periféricos, lo que es considerado un gran retroceso, una apuesta exclusiva a la complejidad en detrimento de las bases del clásico plan de salud.

Desde otra mirada, el arquitecto Mario Raúl Bertoni sostiene que Vaca Narvaja politizó en el mal sentido al sistema de salud. Frente a la fama del Plan de salud de los setenta, que había sido muy bien llevado tanto política como técnicamente, y que le daba el mejor rédito al partido gobernante, el funcionario a cargo de Salud agudizó la prioridad *“...a activistas políticos con poca formación técnica para manejar el sistema de salud como se venía manejando, (lo que) hizo que se deteriora técnicamente a pesar de que se creía que se jerarquizaba la actividad política del sistema”*.²⁴⁸ De igual manera, varios integrantes del Hospital señalan los errores que el nuevo ministro habría cometido en la conformación de su equipo.

En un análisis cercano a la época, Jorge Gorosito y Horacio Heller²⁴⁹ afirmaban que el nuevo ministro *“...produjo un hecho inédito en los 17 años de vigencia del plan de salud: el recambio casi total de los cuadros técnicos, introduciendo en el sector la racionalidad política como fundamento de su accionar, en*

²⁴⁸ Entrevista a Mario Raúl Bertoni. 23-08-2013. Arquitecto, especialista en arquitectura hospitalaria. Fue contratado en 1975 en la provincia de Neuquén por el Ministerio de Obras Públicas para la remodelación del edificio del Hospital Castro Rendón; fue el responsable del diseño del Monoblock que se terminó de construir en los años ochenta. En esos años también llevó a cabo tareas de mantenimiento en los establecimientos de salud del Alto Valle de la Provincia de Río Negro.

²⁴⁹ GOROSITO, Jorge y HELLER Horacio. “El sector salud de la provincia de Neuquén” en KATZ, J y otros *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*. Buenos Aires, FCE, 1993, p.101.

reemplazo de la racionalidad técnica que había caracterizado el desempeño desde 1970. Además se desarticuló el poder del Hospital Neuquén, anulando su autonomía técnica y económica y paralizando todos sus mecanismos administrativos; se desplazó a su conducción; se sacó de su jurisdicción al Área programa de la ciudad, proponiendo un modelo de hospital cerrado de alta complejidad desvinculado de su medio social; se enfrentó a las principales figuras de la Asociación de Profesionales”. Aseguran estos autores que tras la idea de profundizar el plan de salud, lo que se escondía era una “...clara política de redimensionamiento y cambio del papel del subsector público”.

Para Alba Churrarin, esta gestión ministerial tuvo un fuerte impacto en su área y recuerda las críticas que despertó el nombramiento al frente de la enfermería provincial de un técnico sin la titulación ni preparación suficiente.²⁵⁰ Los desplazamientos y cambios radicales que ocurrieron en otros sectores, fueron replicados aquí. La colocación de un Auxiliar de Enfermería en la Dirección Provincial de Enfermería y el desplazamiento de las enfermeras Jefes del Hospital Castro Rendón, y en el Nivel Central de la enfermera Dina Tomio, produjo un profundo malestar, así como la oposición y el rechazo de la AUEN. El clima de trabajo se enrareció y los conflictos eran continuos. La crisis general del país en 1989 no colaboró en mejorar este panorama y tampoco lo sucesos de 1990, con la renuncia del Director del Hospital y de la jefa del Departamento de Enfermería –renuncia no aceptada. Afirma Churrarin que fue ésta una época difícil para mantener la atención dentro de los criterios preestablecidos. De hecho, al año siguiente, la renuncia de las autoridades de Salud y el reclamo de los empleados administrativos de ser beneficiados con el rubro Actividad Hospitalaria, complicó la situación.

²⁵⁰ Entrevista a Lic. Alba Churrarin. 12-08-2013.

Evidentemente, los cambios realizados fueron muy cuestionados por las propias estructuras técnico-burocráticas y de poder desplazadas. El propio ministro acusa en su informe la gran resistencia interna que tuvo que soportar su accionar por parte de los factores de

“Salud pública después de Vaca Narvaja y con Vaca Narvaja empieza a desaparecer como lugar pensante... Cuando se centraliza el poder político y el poder científico, el Hospital se cristaliza y deja de ser un servidor de la gente para ser una institución con gran prestigio, pero sin misión y función social”

Dr. “Coco” Mantilaro

poder asentados en el sistema de salud público provincial. *“Confieso que nunca pensé que viviríamos y protagonizaríamos las crisis más profundas en la historia económica de la provincia, como así tampoco que antes de cumplir tres meses de gestión, tendríamos una huelga de 45 días salvajes y que todos los defectos y deficiencias del Sistema en los últimos 10 años serían incorporados a la “culpa” de esta nueva gestión”*.²⁵¹

En una mirada de larga duración, el Dr. Mantilaro afirma que desde los ochenta el Hospital se politiza, en el sentido del partido gobernante, y en la salud pública la pertenencia al MPN empieza a ser necesaria para los cargos de jefatura.²⁵² Los jefes de zona, por caso, tenían que ser del partido político. Evalúa negativamente la gestión de Vaca Narvaja, afirmando que desde su autoritarismo destruyó gran parte de lo hecho en el terreno social por parte del Hospital. Si los viajes al interior, el conocimiento de las diferentes realidades en salud que se vivía, la salida del Hospital hacia fuera en su entorno, habían sido las marcas del plan de salud, lo que había significado su mayor logro luego traducido en cifras, la entronización sin misión social del Hospital fue por el contrario el

²⁵¹ VACA NARVAJA, Gustavo, *op. cit.*

²⁵² Entrevista al Dr. Adolfo “Coco” Mantilaro. 13-08-2013. Médico pediatra; fue Jefe del Servicio de pediatría desde 1974 a 1976.

signo de deterioro máximo del sistema de salud. Lo político partidario superaba esta función social y deterioraba la idea esencial del plan.

El segundo eje de dicha gestión fue la apuesta del ministro de salud por el Seguro Provincial de Salud (SPS), que buscaba la creación de un sistema compartido por los tres subsectores, esto es el público, el privado y de las obras sociales, a los efectos de asegurar “...una cobertura universal, igualitaria, participativa y de alta calidad, donde el Estado asume el rol de garante del sistema y genera los lineamientos de la política a seguir, concertando con la partes interesadas la cobertura, financiación, régimen de prestadores y control de eficiencia del sistema”.²⁵³

El nuevo sistema contaría con la participación activa del Estado, obras sociales, Confederación General del Trabajo (CGT), organizaciones empresariales reconocidas, prestadores y beneficiarios. Los fondos de las obras sociales serían subsumidos en una caja única con un aporte relativamente menor por parte del Estado, pero manejado por éste, quedando en la práctica dos subsistemas, el estatal y el privado. De esta manera, se realizaría una transferencia de los activos líquidos de los aportes y contribuciones de las obras sociales sindicales hacia los prestadores privados de salud, solventando parte del sistema estatal de salud, sin que aquellos mediaticen la relación, lo que supondría también una pérdida de poder por parte de los sindicatos. El Estado garantizaría la universalidad de las prestaciones, pero liberándose de una parte presupuestaria sustancial, ya que la principal financiación provendría de las obras sociales, y el Estado neuquino solamente contemplaría el seguro de salud de los indigentes. Sin embargo, el Seguro Provincial de Salud no vería la luz, no se sancionó ninguna disposición legal, y la propuesta se fue desvaneciendo.

²⁵³ VACA NARVAJA, Gustavo, *op. cit.*

El tercer y último elemento se relaciona con la provisión de medicamentos, sobre la base de que en la época la provisión de monodrogas representaba el 75% del gasto en medicamentos en el sistema público de salud. La solución implementada fue la creación del Laboratorio Austral.²⁵⁴ En el acto inaugural en 1991 el Dr. Gustavo Vaca Narvaja, en lo referente a la relación Estado, empresa privada y salud, afirmaba que “...*El Estado podrá privatizar áreas y servicios de apoyo siempre y cuando no pongan en peligro la funcionalidad de los servicios esenciales que por nuestra constitución son indelegables (...) estamos correctamente orientados en buscar la racionalidad en el gasto de salud*”.²⁵⁵ Aparece aquí claramente la insistencia en la integración de los subsectores privado y público, subsumiendo a los efectores de salud de las obras sociales desde una perspectiva sistémica, articulando no sólo a los prestadores de salud privados sino también a las empresas vinculadas a los medicamentos e insumos de salud. No obstante, esta “integración” se convertiría durante los noventa en una práctica predatoria a partir de la transferencia de fondos públicos a los privados, como veremos más adelante.

Desde el Hospital, varios de los profesionales entrevistados evalúan negativamente esta gestión afirmando que fue una etapa muy difícil para el nosocomio, con carencia de insumos, y que preanunciaba el neoliberalismo y sus consecuencias en la salud: la terciarización de servicios o los hospitales de autogestión.²⁵⁶ Hasta mediados de los años ochenta el sector público estaba claramente

²⁵⁴ La composición societaria de la empresa surge de la asociación de “dos empresas ligadas hace años a la industria farmacéutica argentina (...) Laboratorio Copahue S.R.L (...) pionero en el ámbito farmacéutico en la provincia del Neuquén (desde hace 70 años, iniciado por la familia Salvadó) y Laboratorio Pablo Cassará S.R.L, fundado en los años 1948 por don Pablo Cassará, farmacéutico, y dedicado hace más de 40 años a la elaboración de productos medicinales”. *Ibidem*.

²⁵⁵ *Ibidem*.

²⁵⁶ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

por encima del privado, como queda patente con la citada puesta en marcha de la bomba de cobalto para oncología, siendo el primer centro de tratamiento radiante de este tipo en la región, pero de ahí en adelante comenzó progresivamente un etapa de crecimiento impresionante del sector privado. A ello contribuyeron sobre todo las decisiones políticas, los intentos de arancelamiento, la terciarización y la pérdida de profesionales dedicación *full time* que se fueron a los centros privados con el prestigio ganado en el Hospital Castro Rendón.²⁵⁷ A su vez, el ISSN fue un oxígeno central para los privados, no aprovechando desde el Estado que el sector público más la obra social estatal componían la mayor parte de la salud provincial.

El Dr. Pedemonte afirma que pese a que el gasto en salud por habitante publicado por el Estado era altísimo, las dificultades eran notorias, con una mala distribución de insumos en el sistema público provincial, con pérdidas injustificadas de material en el depósito provincial y con compra de equipamiento que finalmente no llegaba²⁵⁸. La propuesta del SPS tampoco era bien vista desde el principal nosocomio neuquino. En la misma línea, Gorosito y Heller afirman que por la mala gestión provincial y pese a que en 1988 el presupuesto era alto, “...*el nivel de aprovisionamiento era de los más bajos. El impacto mayor lo recibió el Hospital provincial, el de máxima complejidad; sumado a la desorganización que se extendió en el mismo tras el cambio de su conducción, llevó a que perdiera las características de eficiencia y calidad que había tenido hasta entonces*”.²⁵⁹

²⁵⁷ Recuerdan aquí como precedente el éxodo hacia el privado de profesionales en 1976-77, caso de los ginecólogos. *Ibidem*.

²⁵⁸ David Pedemonte, ingresó como médico al hospital en febrero de 1976, fue jefe de Terapia Intensiva y director del Hospital en los años de 1991 a 1994. Ha sido entrevistado, en el marco de entrevistas grupales, en varias ocasiones para la confección de este libro. 04-07, 11-07, 25-07, y 01-08-2013.

²⁵⁹ GOROSITO, Jorge y HELLER Horacio, *op. cit.*, p. 103.

Los médicos del Hospital desconfiaban de las ideas de Vaca Narvaja aunque reconocen que no las conocían en profundidad. Era resistido más intuitivamente, afirma la Dra. Álvarez.²⁶⁰ Hubo una cuestión ideológica, una resistencia a los seguros, a la autogestión, a toda posibilidad de dañar al sistema público de salud. Todo ello en el marco de un gobierno provincial que fue apoyando progresivamente con su política crediticia a los centros privados, con grandes inversiones de dinero estatal a través del Banco Provincia de Neuquén, que en numerosas ocasiones no se recuperó, en tanto se restringía paulatinamente el dinero para el Castro Rendón. El discurso neoliberal pretendía circunscribir la salud pública sólo a las áreas sin rentabilidad, como lo planteaba la Confederación de Clínicas y Sanitarios de la República Argentina, mientras los servicios rentables de media y alta complejidad pretendían ser reservados al subsistema privado.

No obstante, algunos profesionales destacan que Vaca Narvaja tuvo buenas propuestas, fue honesto en su gestión y no tuvo mala fe, pero que se rodeó de muy malos colaboradores, expulsó personas valiosas de la gestión pública de salud, y fracasó con algunos de sus proyectos. De hecho, hubo servicios dentro del hospital que se estancaron, caso de Pediatría, que había sido “la niña bonita” en los setenta y ochenta, sin lograr por caso una planta física adecuada, manteniendo la original de 1974, en tanto por otro lado el servicio de Neonatología se amplió o el de adicciones, a cargo del Dr. Bonorino, lograba en 1987 el alquiler de una casa frente al nosocomio y dejaba

“Vaca Narvaja tuvo algunas ideas excelentes... como provincializar los servicios. Se concursaron dos jefaturas provinciales, una del área de clínica médica y otra de cirugía. Eran jefatura provinciales que nucleaban todos los servicios”

Dr. Armando Kremer

²⁶⁰ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

así de atender en un baño del Hospital.²⁶¹ También en esta época, recuerda el Dr. Armando Kremer, se creó un grupo llamado Centro Hospitalario de Alto Nivel de Complejidad (CHANC) para planificar el desarrollo del hospital, aunque sus conclusiones, entre ellas el traslado del Hospital del centro, no se aplicaron.²⁶²

En esta línea y a nivel provincial, la gestión de Vaca Narvaja supuso un intento de perfeccionar el ordenamiento de las Zonas Sanitarias. Se creó el Área Metropolitana que aglutinaba el Hospital Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón de complejidad VIII y el Hospital Bouquet Roldán de complejidad III, comprendiendo quince consultorios periféricos de complejidad II. A su vez, sobre todo entre los años 1988 a 1990, se fortaleció la dedicación exclusiva, elevándose el porcentaje de personal con esa dedicación en todos los establecimientos hospitalarios. A partir de 1988 se insertaron las residencias en los Hospitales generales Bouquet Roldán y Zapala con el objetivo de formar médicos generalistas en hospitales con médicos ya formados en esa línea a cargo de su preparación. También se realizó el primer censo de Tallas y Peso, la constitución del Centro de Ablación de Órganos en Neuquén y para toda la Patagonia, el Bando de Drogas antineoplásicas, la creación de la Unidad de Hemodiálisis en 1989 en el Hospital Neuquén, lo mismo que la creación de la Unidad de Quemados.²⁶³

Por otra parte, esta década y sobre todo su segunda mitad y los años finales, supuso también un impulso en el Hospital a la creación de servicios cuyas especialidades hasta ese entonces estaban subsumidas en los grandes y tradicionales servicios. En este marco,

²⁶¹ Entrevista a Esteban Bonorino, 11-07-2013. Médico clínico. Ingresó al Hospital en mayo de 1974; fue instructor de residentes y Jefe del servicio de emergencias. Fue director del hospital por 6 meses en 1976 y secretario técnico en 1978. En 1977 creó un grupo interdisciplinario de atención de adicciones y fue Jefe de ese servicio.

²⁶² Entrevista a Armando Kremer. 12-08-2013. Médico clínico, Jefe del Servicio de Clínica del Hospital desde 1974 a 1985. Neuquén,

²⁶³ TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 90-91.

el servicio de Neonatología, centro tecnológico más importante de la región, fue creado, tras mucho insistir, en 1985, siendo su primera jefa, por concurso, la Dra. Cristina Garibaldi.²⁶⁴ Se separó del Servicio de Pediatría y comenzó a funcionar en la Unidad de Cuidados Intensivos y al año siguiente se inauguró la Terapia Intermedia, contando con equipamiento muy actualizado. Fue el primer servicio del hospital en organizarse en Cuidados Progresivos: Internación Conjunta o Rooming-In con sus cuidados mínimos, Sector de Terapia Intermedia Neonatal en el primer piso, y Sector de Terapia Intensiva Neonatal en la planta del segundo piso. En 1988 comenzó con la guardia propia del servicio y un año antes, con la colocación del primer recién nacido en asistencia mecánica respiratorio en este servicio, puede considerarse el nacimiento en el Hospital de la Terapia Intensiva Neonatal. Se alcanzó rápidamente una notable disminución de la mortalidad mediante el cuidado intensivo neonatal.²⁶⁵ Además de los recursos tecnológicos, fue fundamental el recurso humano que recibió un apoyo central en la gestión de Vaca Narvaja, pasando el plantel de enfermería de 28 a 43 integrantes y el staff de médicos de 8 a 18, dado el incremento de las guardias.

Por otra parte y desde 1978, se empezaron a internar en el Servicio de Terapia de Adultos niños críticos que necesitaban asistencia respiratoria mecánica, siendo una de las pocas experiencias publicadas de terapias pediátricas que se inicien en una terapia de adultos.²⁶⁶ En 1985 recibieron la donación de dos

²⁶⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Neonatología*, Dr. Alberto Videla. Pediatra y Neonatólogo del Hospital. Desde 1992 al 2011 fue jefe de servicio.

²⁶⁵ Esto fue demostrado en un trabajo presentado en las Jornadas Patagónicas de Pediatría y realizado por Fernando Bulgarelli, Alberto Videla, Elina Tissot y Ester Lemberger. *Ibidem*.

²⁶⁶ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica*, Dr. Daniel Allende. Este médico ingresó en 1977 como

respiradores pediátricos de la empresa Techint, lo que mejoró la ventilación mecánica pediátrica y la sobrevida, junto a la incorporación de tres pediatras a la guardia pasiva. Tres años después y gracias a la presidenta de la Cooperadora del Hospital, Sra. Ángela de Sfeir, recibieron una donación de la Fundación del Banco Provincia de Neuquén (BPN), adquiriéndose monitores de tensión arterial automáticos y oxímetros de pulso -los primeros en la Patagonia-, nuevos respiradores para uso en niños pequeños y adultos, bombas de infusión y todo el equipamiento de camas, carros de reanimación y mueblería necesarios para funcionar, incluido respiradores y bombas de infusión para neonatología. Finalmente y a fines de 1989, se creó la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), con funcionamiento en el Servicio de Adultos y en el sector Intensivo de Pediatría.



Foto: Médicos, enfermeros y camilleros de la UTIP en el servicio de adultos en 1991. Fuente: Dr. Allende.

pediatra y fue jefe de servicio de pediatría, entre 1994 y 1998, y jefe de la terapia intensiva pediátrica desde su creación y hasta 2007.

Los resultados de la UTIP en el descenso de mortalidad de los niños internados del 50% al 26% eran contundentes y facilitaban la ocupación en la terapia de adultos que llegó a ser del 25%. La carencia de espacio propio para internar a los niños críticos fue resuelta en primer término con la cesión de un quirófano en planta baja que era usado por el cirujano de Quemados, Dr. Carlos Gagliardi. En un espacio reducido pero bien equipado y con los nombramientos posteriores de enfermeras, y el apoyo de mucamas y camilleros, la unidad funcionaría adecuadamente.

Otro servicio que vio la luz en esta época fue el de Cardiología, creado formalmente y tras largas gestiones y demandas de atención, el 28 de junio de 1988, permitiéndoles desde ese momento la gestión de sus propios recursos.²⁶⁷ Hasta esa fecha era un sector de Clínica Médica. El actual jefe del servicio, el Dr. Miguel Pulita, señala como avances significativos en el instrumental del sector la compra de una Cámara Gamma con la que se iniciaron los estudios de perfusión miocárdica y radiocardiogramas,

“Un poco apretados, pero con el corazón enorme de todos, el lunes 10 de febrero de 1992 se inauguró la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica: el mismo día se ocuparon todas sus camas por un accidente grave de un camión en Barrancas”

Dr. Daniel Allende

posicionando al Hospital como el único centro de la Patagonia que contaba con esta tecnología. Otro avance para el diagnóstico por imágenes, y sobre todo para cardiología, fue el ecógrafo bidimensional donado en 1985 por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. El Servicio, dotado de varios cardiólogos, atendía a fines de los ochenta la demanda de la ciudad de Neuquén y de todos los pacientes derivados del interior de la provincia.

²⁶⁷ “Un servicio para fortalecer la salud”. Diario *La Mañana Neuquén*, 04-08-2013.

También ha que destacar en esta época la creación en mayo de 1989 del servicio de Nefrología con la Unidad de Hemodiálisis que permitía la actividad dialítica, a pesar de contar con unas instalaciones iniciales muy precarias.²⁶⁸

Finalmente y por lo que implicará en el futuro del sistema de salud y en relación al Hospital Castro Rendón, debemos señalar que en esta época se realizó el proyecto del Hospital Dr. Horacio Heller. El 15 de abril de 1987 se firmó el convenio entre Nación y la Provincia, gobernada por Felipe Sapag, para la ejecución del “Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud” enmarcado en el Contrato de Préstamos BID 516/OC-AR. En diciembre de 1989 la Legislatura de la provincia sancionaba la Ley N° 1826 mediante la cual aprobaba dicho convenio. No obstante, la construcción del nuevo hospital en la Zona Oeste del Área Metropolitana ocuparía casi toda la siguiente década.

El Hospital frente a los cambios en las políticas públicas de los noventa

A nivel internacional la crisis de los Estados del bienestar desde mitad de la década del setenta y las respuestas que progresivamente se fueron extendiendo, le daban prioridad al retorno del mercado en estado “libre”, es decir sin regulaciones, y a un Estado que reducía su intervención y su peso.²⁶⁹ Las privatizaciones formaron parte de la “necesaria” reducción de los gastos del Estado y entre estos la

²⁶⁸ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Nefrología, Dr. Fernando Martínez.*

²⁶⁹ La década del noventa a nivel general y en su desarrollo para el sistema de Salud pública de la provincia de Neuquén ha sido ya analizada en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 95-115, cuyas principales ideas reproduciremos en los apartados que siguen como marco de lo acontecido en el Hospital Castro Rendón. Para profundizar en esta etapa a nivel internacional, nacional y provincial, y en la bibliografía existente al respecto, se sugiere la revisión de dicha obra.

salud era uno de los rubros fundamentales. La atención médica fue pasible de privatización en pos de la “eficiencia” y del servicio prestado ahora a pacientes-consumidores. La salud pública, en este nuevo marco y como ya dijimos, debía concentrar sus esfuerzos sólo en los sectores vulnerables.

En Argentina el impacto del neoliberalismo sobre el sistema de Salud alcanzó su auge en los noventa pero comenzó con el Proceso desde 1976, entre otras medidas con el desmantelamiento de la red de hospitales a cargo del Estado nacional. Las provincias pagarían los costos de las nuevas medidas. En paralelo se desarrollaría el mercado de servicios de salud, sobre todo en lo referido a recursos tecnológicos, en numerosas ocasiones innecesario, que favoreció a un sector concentrado de clínicas y sanatorios. La atención primaria de la salud quedaba en segundo plano. Con el retorno de la democracia llegó el intento del gobierno de Raúl Alfonsín de reformar y reconducir la atención sanitaria, pero la oposición sindical, la de los prestadores y las divisiones del propio gobierno, abortaron su proyecto.

En los años noventa el menemismo profundizó las transformaciones neoliberales extirpando del lenguaje técnico ideas como *universalidad*, *equidad*, *integralidad* de la atención y *gratuidad*. Las obras sociales sindicales, desfinanciadas por el descenso de la actividad económica y consideradas ahora un obstáculo para una organización más eficiente de los recursos, pasaron a estar en el punto de mira de las reformas, al mismo tiempo que se profundizaban políticas de la dictadura, caso de la descentralización hospitalaria. Los hospitales debían además cambiar su perfil y convertirse en instituciones autogestionadas que buscaran fuentes alternativas de financiamiento, caso del cobro de prestaciones a los afiliados de las obras sociales. No obstante, este intento de conversión de los hospitales en empresas de salud, con todo lo que esto implicaba, tuvo un efecto limitado. Lo que sí es

indudable es que los años noventa significaron a nivel nacional el avance de los criterios de mercado en el sistema de salud y en sus subsistemas, sobre todo el público y el de las obras sociales.

En relación al contexto económico y estatal de la provincia de Neuquén, cabe recordar que a partir de 1987 se verificó una abrupta reducción de los ingresos públicos en conceptos de regalías hidrocarburíferas y desde 1991 se inició en nuestro país un proceso masivo de privatizaciones que modificaría la forma de intervención del Estado y las relaciones entre las empresas con la economía en su conjunto.²⁷⁰ Si en el lapso 1980-1991 casi un 50% del valor agregado se originaba en ramas donde prevalecía el Estado, tanto provincial como nacional, desde 1992 se invirtió dicha proporción, acentuándose las ramas de actividad donde prevalecía la actividad privada. Las condiciones generales de los asalariados en la provincia cambiaron abruptamente, pasando de la estabilidad a la precarización de las condiciones laborales. A esto hay que sumarle que progresivamente y desde el retorno de la democracia, la base de legitimación de las elites sociopolíticas y económicas se fue desplazando desde el manejo adecuado de los entornos inmediatos, aparatos estatales y para estatales, al aseguramiento de lo único que valía para acceder al máximo poder político, ganar las elecciones, asegurándose la base electoral de manera casi continua.

La primera administración de Jorge Omar Sobisch, iniciada en 1991, mostraría rápidamente la concepción neoliberal y neoconservadora que guiaría sus políticas estatales. La racionalización del Estado provincial, con la consecuente reducción del “gasto público”, funcionaba como norte, comprendiendo las históricas áreas de Salud y de Educación, puntales básicos de la propaganda y la esencia emepenista hasta ese momento. El gobierno provincial no emprendió acciones que diversificaran un circuito

²⁷⁰ Idem, pp. 76-78.

económico autónomo. Tan es así que en 1993 ingresaron a las arcas neuquinas un adicional por un acuerdo con el Estado nacional de compensación de deudas, básicamente regalías incorrectamente líquidas, por 741 millones de dólares, monto similar a un presupuesto anual de la provincia durante esa época. El mismo fue utilizado en infraestructura -autopistas y en un polideportivo- y en la recomposición salarial del sector público, aunque con escasos resultados en el sistema público de salud provincial.

Tomando como ejemplo a Enfermería y para principios de los años noventa, Alba Churrarin relata numerosas dificultades de funcionamiento por carencia de personal no repuesto adecuadamente en el período previo; por protestas; por falta de capacitación en algunas áreas; y por falencias de la planta física de sectores claves.²⁷¹ El resultado eran altísimos índices de ausentismo, con el consecuente recargo de personal, así como la suspensión de actividades en algunas áreas.

Desde 1991, la nueva conducción de enfermería tenía el objetivo de normalizar el servicio en el Hospital. Desde la Dirección de Enfermería de la Subsecretaría de Salud, se llamó a concurso para cubrir los cargos de Jefe del Departamento de Enfermería y las Supervisiones de las Áreas Pediátrica, Perinatología, Clínica Quirúrgica, Clínica Médica, Salud Mental, Área Ambulatoria, Guardia, Docencia, Unidad de Cuidados intensivos y Central Esterilización. Si bien no se cubrieron todos los cargos, este proceso ensalzaba la estructura del Departamento de Enfermería. La lic. Martha Kossoy, a cargo de Enfermería, implementó en el tiempo una serie de acciones, tales como ubicar a personal formado en la conducción de las unidades de internación; reducir el personal afectado por licencias médicas prolongadas; incorporar nuevos auxiliares de enfermería; se elaboró un Manual de Procedimientos

²⁷¹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Enfermería, Lic. Alba Churrarin.*

de Enfermería; se solucionaron fallas edilicias y se pasó al uso de guantes descartables, desapareciendo tareas previas de lavado y enfalcado; y se aumentó la supervisión médica en la aplicación de tratamientos complejos.

Dr. Horacio Heller

Fue un médico excepcional y considerado por muchos como poseedor de un nivel intelectual superior. Murió, recién nombrado Director del Hospital Provincial Neuquén, el 31 de julio de 1991, con 53 años de edad.

La sociedad neuquina se transformaba y con ella su morbilidad. Desde pediatría y durante esta década se detectaron nuevas morbilidades en la población infanto juvenil, concretada en la aparición de problemáticas como la drogadicción, el alcoholismo, anorexia y bulimia, o el embarazo adolescente, con serias repercusiones en los adolescentes.²⁷² Esto motivó nuevos esfuerzos de atención y especialización, superando el abordaje individual y medicalizado, así como la profundización de la línea de trabajo interdisciplinaria que pediatría ya venía abonando en programas previos como el mencionado “Crecer Juntos”. El contexto social de desarrollo de la vida de niños y adolescentes se tornaba fundamental, al igual que el trabajo con otras instituciones como Educación y Justicia. Todo ello dio lugar a la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios enfocados en problemáticas como el maltrato y abuso infantil que abonarían novedosas herramientas en años posteriores.

La realidad estatal de la provincia se complicaba en estos años, sobre todo a partir de 1993, cuando el gobierno daba luz a un feroz

²⁷² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Pediatría*, Dra. Isabel Álvarez.

proceso de ajuste con la reducción del presupuesto y el despido de 1.500 trabajadores estatales mediante la jubilación compulsiva y la implementación del retiro “voluntario”, verdadera herramienta de coacción en un contexto marcado por el crecimiento del desempleo.²⁷³

La reacción a estas políticas por parte de los actores del sistema público no se hizo esperar. Nos referimos a la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y dentro de ella a los trabajadores de salud pública. Este gremio rechazó firmemente las políticas de los sucesivos gobiernos del MPN. Los trabajadores profesionales y no de la salud pública, inicialmente miembros del gremio SUTEN, se incorporaron en 1987 a ATE. La Junta Interna de ATE en el Hospital Castro Rendón se convirtió en un vocero destacado de los reclamos de los trabajadores no profesionales de dicho hospital, acompañada por la Asociación de Profesionales del Hospital Neuquén.²⁷⁴ Las dos entidades coincidieron con frecuencia en los reclamos siendo las de mayor protagonismo en el subsistema público de salud, en parte por su coexistencia y desarrollo en el hospital de mayor complejidad provincial y cabeza del sistema, lo que les otorgaba un rol preponderante de presión sobre el gobierno provincial y el liderazgo en la conducción de los conflictos del sector. De hecho, el Hospital consolidó su carácter de institución pública reactiva u opositora al gobierno provincial emepenista. Pese a ello y como afirma el Dr. Pedemonte, no hay que obviar que si bien había en esta época un buen número de médicos contrarios al partido provincial, también habían muchos afiliados entre el

²⁷³ Diario *Río Negro*, 18-05-93, p. 14.

²⁷⁴ Creada a principios de los ochenta tuvo una participación especial en la gran cantidad de conflictos que sucederían posteriormente.

personal médico, sintiéndose dentro de la institución las internas del partido.²⁷⁵

Los conflictos giraron hasta fines de los ochenta en torno a reclamos salariales o a cuestiones específicas de las condiciones laborales, pero en los noventa, frente a las políticas neoliberales aplicadas al sector, la lucha se incrementó, se modificaron las condiciones en las que debieron desarrollar sus acciones colectivas, así como la materialización de las mismas. En este sentido, el extenso conflicto de 1993, las acciones emprendidas y el desarrollo del mismo, plasmarían estos cambios.

En el subsistema de Salud Pública se suspendieron arbitrariamente los concursos de residencias médicas, se congelaron los salarios y se impulsó la descentralización de los hospitales. Para Jorge Lara, el nuevo ministro de Salud y Acción Social, “*la estructura administrativa creció más de lo necesario (señalando) la ausencia de gerenciamiento como una carencia grave del sistema*”.²⁷⁶ La tradición sanitarista, ya dañada en la etapa previa, sufría ahora un embate definitivo. Acorde con las políticas del menemismo ingresaban al vocabulario y las posibilidades políticas en materia de salud, los hospitales de autogestión, la libre elección de obra social por parte de la población trabajadora y la libertad de contratación entre aseguradoras y proveedoras de servicios médicos.²⁷⁷

²⁷⁵ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁷⁶ Diario *Río Negro*, 23-05-93, p. 12.

²⁷⁷ Belmartino, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005, pp. 206-207. Citado en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, p. 106.

Los trabajadores de la salud pública respondieron a estas políticas acompañando en primera instancia las medidas que ATE venía impulsando. Pero pronto y ante la falta de diálogo de las autoridades provinciales en la

El Hospital visto desde el gobierno como un generador de conflictos.

“En una reunión Lara dijo: si me hacen mucho quilombo lo encierro con alambre y lo dejo que se muera solo”.

Dr. David Pedemonte

materia, el reclamo ganó en autonomía en relación a la lucha de los demás estatales. Hay que recordar que ya en pleno conflicto y como muestra de esta actitud de no diálogo, el Ministro Lara había afirmado en una reunión privada que si el Hospital seguía con el conflicto *“lo encierro con alambre y lo dejo que se muera solo”*.²⁷⁸ La construcción oficial de una representación sobre el Hospital Castro Rendón como epicentro y generador de conflictos para el poder provincial estaba en marcha.

Ante la imposibilidad de instalar una carpa frente a la sede del poder ejecutivo, fuertemente protegida por personal policial, como sería costumbre en las gestiones de Sobisch,²⁷⁹ y tras una nueva marcha hacia la Casa de Gobierno, los trabajadores de salud llevarían a cabo su acción colectiva más radical, la ocupación de las instalaciones de la Subsecretaría de Salud. El edificio estuvo en manos de los manifestantes durante veinticuatro días gracias a la actitud confrontativa y de no diálogo propia del gobierno provincial y que sería una característica del mismo.

Los aumentos salariales, planteados primero por los trabajadores del Hospital y extendido luego a todo el sector, estarían

²⁷⁸ Recuerdo del Dr. Pedemonte. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁷⁹ Cabe señalar que en las diferentes administraciones sobichistas hay una continuidad en el uso de las fuerzas de seguridad del estado, y en ocasiones no solo de ellas, para reprimir y obstaculizar la protesta social. El punto culminante de esta política sería años después el asesinato del docente Carlos Fuentealba.

en la lista de reclamos junto con la recomposición del valor punto, la exclusión del sector salud de la ley de reducción del empleo público, el descongelamiento de vacantes, la incorporación a planta permanente del personal contratado y el tratamiento de la carrera sanitaria por parte de la Legislatura.²⁸⁰ No obstante, la mecha que encendió la reacción en bloque del Hospital fue la decisión del Ministro Lara de abrir sumarios contra una docena de trabajadores, entre los que estaban los titulares respectivos de la Junta Interna de ATE y de la Asociación de Profesionales, Baltasar Álvarez y Hebe García, con la firme intención de descabezar la protesta y aleccionar a los trabajadores. Los médicos del Hospital recuerdan que le advirtieron a Lara que no llevara a cabo semejante medida, pero que igual lo hizo. La respuesta fue el rechazo solidario a la medida de directores y jefes de servicio y de área, así como el personal de varios hospitales del interior provincial. Casi noventa profesionales renunciaban a sus cargos en protesta por la reacción del gobierno frente al conflicto.²⁸¹

El Dr. Pedemonte, en aquél momento director del Hospital, sostiene que fue a partir de la ocupación de la Subsecretaría, pero sobre todo desde los sumarios, que la adhesión a las medidas fue total y el Castro Rendón adquirió la centralidad en el conflicto.²⁸² Los médicos generalistas hicieron una huelga de hambre, los consultorios externos fueron tomados y dejaron de funcionar, y el conflicto se fue polarizando, quedando el hospital con su capacidad operativa sumamente dañada.

En la administración provincial, o mejor dicho en el partido gobernante, los debates sobre la salud pública formaban parte de las propias disputas internas, como lo muestra el cruce de imputaciones

²⁸⁰ Diario *Río Negro*, 08-09-93, p. 15.

²⁸¹ Diario *Río Negro*, 17-09-93, p. 8.

²⁸² Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

sobre la responsabilidad en los problemas del área entre el ministro Lara y Gustavo Vaca Narvaja.²⁸³ De igual manera, los representantes del felipismo aprovechaban la oportunidad para expresar su solidaridad con los agentes y profesionales movilizados, haciéndose presentes en la misma ocupación de la subsecretaría o a través de declaraciones a la prensa.²⁸⁴ En este marco, la protesta y el respaldo social crecía, como quedaba patente en la marcha del 23 de septiembre llevada a cabo en la capital de la provincia por alrededor de seis mil personas.

Como todo conflicto duro y prolongado, la fragmentación y las divisiones fueron apareciendo, tanto en el gobierno como en la conducción gremial. La Subsecretaría fue desocupada voluntariamente, pero la falta de avances en las negociaciones se tradujo en nuevas medidas fuerza, aunque ya no con la misma unanimidad y acompañamiento entre los profesionales del Hospital como en el inicio. De hecho, se acusaba a los profesionales que no adoptaban las medidas de simpatizar y colaborar con el gobierno.

Las acciones de protesta se profundizaron y se propusieron medidas extremas. Es así que al paro, la quita de colaboración, las movilizaciones e incluso las huelgas de hambre en marcha, se propuso sumar la “evacuación” del Hospital Castro Rendón. A esta altura del conflicto y frente a esta posibilidad, la división interna en el Hospital se acentuó. Cabe señalar que durante el conflicto, las medidas más radicales fueron alejando a varios profesionales, lo que se evidenció en particular con la propuesta de evacuación. Los cruces entre los que eran sindicados de fundamentalistas en el liderazgo de las medidas de fuerza y las acusaciones contrarias a los que decidían continuar con la actividad hospitalaria, se tornaron

²⁸³ Diario *Río Negro*, 27-05-93, p. 7; Diario *Río Negro*, 06-09-93, p. 10; Diario *Río Negro*, 07-09-93, p. 9.

²⁸⁴ Diario *Río Negro*, 17-09-93, pp. 9-10.

frecuentes.²⁸⁵ En paralelo, el gobierno amenazaba con iniciar denuncias penales por abandono de los cargos en el caso que la medida llegase a hacerse efectiva.²⁸⁶ Finalmente la evacuación no se concretaría, optando por buscar mayor respaldo social a través de la instalación, primero en el centro y luego en otros barrios de la capital, de una especie de hospital de campaña. Esta búsqueda de apoyo sería una de las prácticas aprendidas en este proceso de lucha para próximos conflictos.

Progresivamente, y no sin fuertes enfrentamientos gremiales internos, las medidas de fuerzas fueron abandonadas formalmente, aunque algunas en la realidad ya no se cumplían. Tras cuatro meses de intensa lucha, el Congreso de Trabajadores de Salud Pública levantaba las medidas de protesta y destacaba entre los resultados obtenidos, el nombramiento de personal, la inversión en equipamiento en algunos sectores y un bastante vago “*intento oficial de satisfacer ciertos requerimientos de la comunidad*”. Como puede observarse, la comparación entre los logros y los reclamos iniciales no resultaban positivos, en particular por la duración del conflicto y las medidas adoptadas en él. De alguna manera, se aceptaba la derrota: “*seguiremos con nuestra lucha, porque la sabemos justa, porque más allá de reclamos coyunturales, los que se enfrentan son dos modelos: el del ajuste y el de quienes conocimos alguna vez un plan de salud en la provincia. Por eso decimos: A nuestros compañeros: esta pelea continúa día a día desde cada sector de trabajo. Al resto de los trabajadores y a la comunidad: unifiquemos nuestros reclamos. Hoy más que nunca no podemos evitar el ajuste desde un solo sector*”.²⁸⁷

²⁸⁵ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁸⁶ Diario *Río Negro*, 4-10-93, p. 16.

²⁸⁷ Diario *Río Negro*, 1-12-93, p. 10.

El prolongado conflicto significó el “bautismo de fuego” de los trabajadores de la salud pública y un punto de inflexión en la historia del sistema sanitario provincial, desplegándose “una política que claramente empieza a ser de desmembramiento”.²⁸⁸

Bajo las concepciones neoliberales y su racionalidad, el objetivo gubernamental era asegurar una “buena y eficiente prestación”, para lo que era necesario que, como había afirmado Lara, “si un empleado del hospital falta a sus obligaciones el Estado pueda tener el derecho de despedirlo, como si fuera un patrón privado”.²⁸⁹ Desde la mirada de Baltasar Álvarez, el conflicto de 1993 desnudó que “la Subsecretaría de Salud, que era el órgano de planificación de las políticas del sistema público de salud, la que coordinaba, la que controlaba, perdió el rumbo desde el punto de vista técnico”,²⁹⁰ quedando a partir de entonces subordinada a una racionalidad neoliberal. El nuevo objetivo desde la conducción del Estado era fortalecer el mercado de salud, haciendo de un bien público como la salud un negocio altamente lucrativo.

Para el Hospital, y a modo de balance, este conflicto tuvo numerosas y contrarias consecuencias. Por una parte, algunos profesionales indican, aunque no hay acuerdo al respecto, que el gobierno provincial ocultaba la pretensión última de dejar a fuera de la salud pública a los médicos con dedicación *full time*, en un retorno de políticas ya conocidas desde los setenta. Este ataque habría

Conflicto de 1993.

“un paciente con un cáncer gástrico fue a una asamblea a pedir que lo dejaran operarse... el quirófano estaba totalmente adherido al paro y como jefe de servicio no podía darle solución a los pacientes y sus familiares”.

Dr. Daniel Correa

²⁸⁸ Entrevista a César Dell’Alli, 05-04-08.

²⁸⁹ Diario *Río Negro*, 22-09-93, p. 15.

²⁹⁰ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

provocado la unión de los profesionales en torno a los reclamos y finalmente habría hecho fracasar esta pretensión gubernamental.²⁹¹ Sin duda, la actitud de rechazo y lucha del personal de salud logró ralentizar en parte, o al menos obstaculizar cuanto les fue posible, los planes gubernamentales de ajuste y reducción de gasto en la salud pública. Sin embargo, hay lecturas de lo sucedido que sostienen que los hechos del 93 fortalecieron la postura del gobierno de desarrollar la medicina privada, dejando de ser paulatinamente el hospital punta de lanza en incorporación de tecnología.²⁹²

En el plano negativo, la duración del conflicto trajo necesariamente dificultades grandes de funcionamiento y un deterioro en la atención de numerosos servicios, caso de las cirugías, o de la misma provisión de medicamentos para los tratamientos ya que la farmacia permanecía cerrada, en tanto otros lograron sostener su funcionamiento a pesar de todo, caso de la terapia pediátrica. El Dr. Correa recuerda que un paciente con un cáncer gástrico fue a una asamblea a pedir que lo dejaran operarse. Afirma que el quirófano estaba totalmente adherido al paro y que como jefe de servicio no podía darle solución a los pacientes y sus familiares.²⁹³ Lo que resulta indudable es que los lazos internos se rompieron o se resquebrajaron profundamente, dejando heridas importantes entre profesionales y no profesionales y entre profesionales del mismo servicio. La sociabilidad interna sufrió un deterioro importante.

En lo concerniente a la actividad gremial, la magnitud y sobre todo la finalización del conflicto, vivida en clave de derrota, llevó a

²⁹¹ Así lo sostiene la Dra. María Airolles. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013. Pediatra que ingresó al Hospital como concurrente en 1987. Se desempeñó en Neonatología desde 1989 al 2013. Fue jefa de la terapia intermedia, y se dedicó a los prematuros en los últimos siete años.

²⁹² Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁹³ *Ibidem*. Daniel Correa es Médico cirujano, ingresó en 1975 al hospital y fue Jefe del Servicio de 1989 a 1994.

muchos médicos a desafiliarse de la Asociación de Profesionales, trastocando su funcionamiento habitual por un lapso de dos años. Por el contrario, en enfermería lo sucedido permitió la consolidación de delegados gremiales en el personal de ese sector, lo que se tradujo en la adhesión posterior a los paros o medidas de fuerza, leído como algo negativo para el funcionamiento del hospital por parte de algunos médicos.²⁹⁴

Por otra parte y tras el complejo y controvertido conflicto de 1993, el Hospital seguía su curso y continuaba cierta senda de crecimiento. El Dr. Allende sostiene que hubo cuestiones que igual se concretaron, caso de las especialidades pediátricas.²⁹⁵ Varias de ellas fueron evolucionando fruto de la actividad y el impulso específico e individual de algunos profesionales que poco a poco lograron conformar equipos y aumentar la complejidad de las prestaciones a tono con la demanda.²⁹⁶ Este es el caso de cardiología infantil a inicios de los ochenta y a finales de la misma década. Sería a principios de los noventa que la formación e incorporación de un segundo cardiólogo infantil y el aporte posterior de otros profesionales permitiría aumentar la actividad de este sector que igualmente vivió la alternancia de períodos con mayor y menor cantidad de profesionales durante esta década.

Neonatología, como especialidad crítica, mostraba para la época los avances en la complejidad de atención en el hospital, al mismo tiempo que los problemas en la dotación de recursos humanos por las sucesivas renunciadas. No obstante, en dicho año el equipo médico del área coordinó desde el CEFEN (Comité de

²⁹⁴ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁹⁵ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Dr. Daniel Allende. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

²⁹⁶ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Cardiología infantil, Dr. Carlos Reeves.

Estudios Fetoneonatales de la Sociedad Argentina de Pediatría) el módulo anual en el programa de educación continua de la Filial Alto Valle de dicha Sociedad, fruto de lo cual la Universidad Nacional del Comahue publicó el libro “Temas de Neonatología”, editado por los Drs. Videla y Azrilevich, y con los trabajos de la mayoría de los miembros del plantel, convirtiéndose en las normas de neonatología de la subsecretaría de salud.²⁹⁷

El Dr. Pulita señala 1993 como un año importante porque en él se produjo la renovación del equipamiento de todo el sistema de salud pública.²⁹⁸ Cita ahí la incorporación, por primera vez, de la ecografía con doppler color y el ecocardiograma transesofágico, siendo el Castro Rendón uno de los primeros en el país en contar con este equipamiento. A esto se le sumó el primer Holter, un electrocardiógrafo de señal promediada; un moderno ergómetro compuesto por un analizador digital del trazado electrocardiográfico y una cinta ergométrica. En ese mismo año y como uno de los acontecimientos más relevantes para la terapia Intensiva del nosocomio, se incorporaron los primeros dos respiradores microprocesados y el primer monitor de presión intracraneana de fibra óptica de la región.²⁹⁹ También en ese año se conformó una comisión para proyectar la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalentes (UCIP), que se crearía cinco años después. En cirugía, el Dr. Correa destaca la incorporación en 1991-92 de la cirugía lamproscópica con mucho esfuerzo de los médicos.³⁰⁰

Si en 1985 se había comprado el primer ecógrafo para el Hospital, en 1993, durante la dirección del Dr. Pedemonte, se tomó

²⁹⁷ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Neonatología*, Dr. Alberto Videla.

²⁹⁸ “Un servicio para fortalecer la salud”. *Diario La Mañana Neuquén*, 04-08-2013.

²⁹⁹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Terapia Intensiva*, Dr. Sciuto.

³⁰⁰ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

una decisión trascendente, comprar el primer tomógrafo.³⁰¹ Con esto se lograría dejar de pagar, a un costo muy alto, las tomografías computadas que se hacían fuera del Hospital. Esta decisión era fundamental para el avance tecnológico del Castro Rendón en un área que ya se tornaba imprescindible para la medicina moderna, el área de imágenes. A esta adquisición se le sumó la incorporación de especialistas y la apertura de la residencia.

El Servicio de Ortopedia y Traumatología, que había iniciado su organización como tal en la década del setenta y que comenzó una nueva etapa dentro de las cirugías ortopédicas a partir de las instalaciones asignadas en los ochenta en el edificio nuevo, se perfilaba como centro de referencia regional a partir de los noventa con el impulso a la Sociedad de Ortopedia y Traumatología de Río Negro y Neuquén y el inicio de los cursos oficiales de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (A.A.O.T).³⁰² Desde el hospital, el servicio coordinaba estos cursos para todos los especialistas de la región y realizó la Certificación Nacional de Servicio Reconocido por la A.A.O.T. Otro hecho relevante en esta época fue el comienzo desde 1994 de la Residencia de Ortopedia y Traumatología. Progresivamente fue aumentando la cantidad de profesionales técnicos y terapéuticos, así como la introducción y desarrollo de nuevas prácticas y técnicas.

En relación a la evolución edilicia del Hospital y su capacidad de camas en los noventa y como da cuenta el cuadro expuesto, tras el aumento sustancial llevado a cabo en la década del setenta y principios de los ochenta, el crecimiento en estas variables fue

³⁰¹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Departamento de Diagnóstico por Imágenes. "Recurso humano y tecnología al servicio de la salud de la comunidad".

³⁰² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Ortopedia y Traumatología, Dr. Pablo Scigliano.

sensiblemente menor. Cabe señalar en 1990 la construcción del Edificio de Administración y Dirección sobre calle Talero.³⁰³

Cuadro N° 1: Superficie construida y camas del Hospital Castro Rendón entre 1940 y 1998.

	1940	1958	1960	1968	1973	1980	1990	1998
Superficie existente m2	-	1258	2356	3356	3401	4801	11161	12481
Superficie construida m2	1258	1100	1000	45	1400	6360	1320	5150
Cantidad de camas	30	30	60	60	60	220	220	230
% ampliación superficie	-	87,4%	42,4%	1,3%	41,1%	132,4%	11,8%	41,2%
% ampliación de camas	-	0	100%	0	0	266%	0	4,5%

Fuente: Hospital Provincial “Dr. Eduardo Castro Rendón”. PLAN DIRECTOR. Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. Elaboración propia.

A modo de síntesis provincial en esta primera parte de la década, podemos afirmar que el plan se salud y sus instituciones centrales, bandera histórica del Movimiento Popular Neuquino desde hacía veinte años, sufriría el impacto de las nuevas políticas. En un breve análisis de algunos indicadores centrales al finalizar la primera gestión de Jorge Sobisch, en 1995, podemos afirmar que el número de médicos disminuyó un 1% y la cantidad de médicos cada

³⁰³ Hospital Provincial “Dr. Eduardo Castro Rendón”. PLAN DIRECTOR. Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud.

10.000 habitantes disminuyó en un 9% y la proporción de los enfermeros se incrementó solamente en un 8%.³⁰⁴

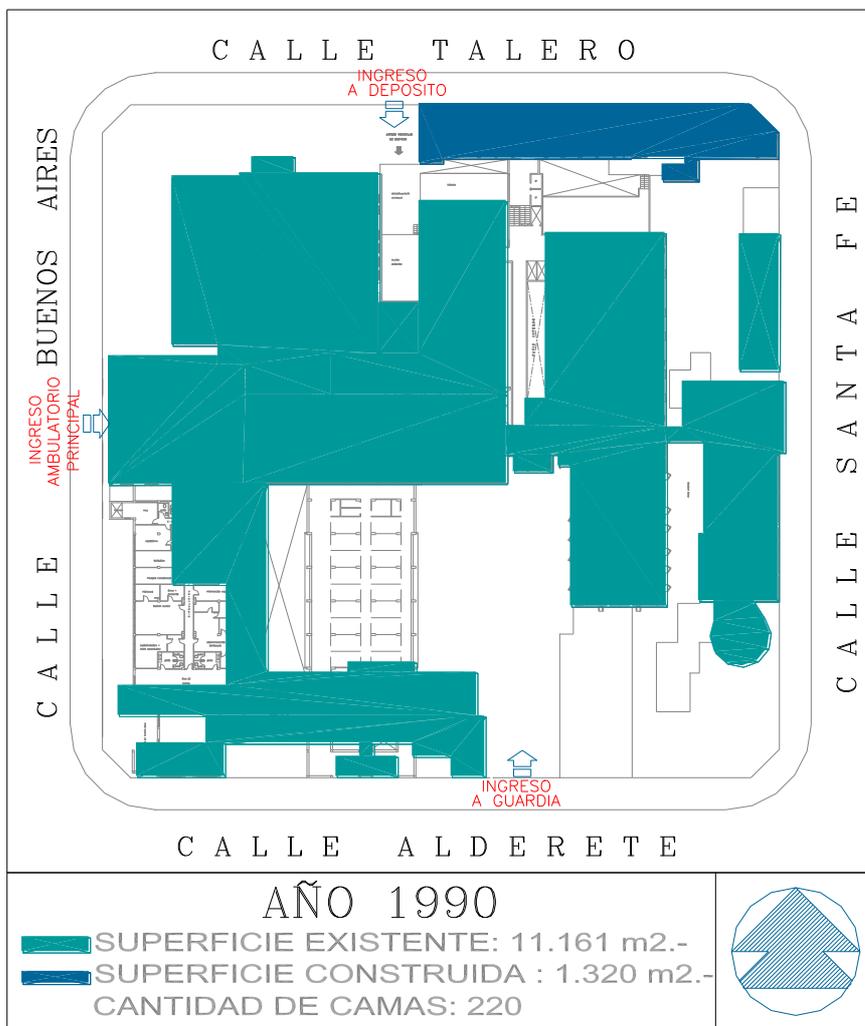


Imagen VII. Plano del Hospital en 1990. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

³⁰⁴ TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, p. 94.

En los cuatro años de gestión iniciados en 1991 Neuquén alcanzó cifras abismales de desocupación, superiores al 20%, sobre todo en el conglomerado urbano Neuquén-Plottier, lo que se reflejó en un crecimiento del 17% de la cantidad de consultas por habitante por año, muy superior a la meseta del 5% de la década anterior. El estado sanitario general de la población sufrió un deterioro, lo que combinado con la disminución de los recursos disponibles para ser atendido en la esfera privada y la carencia de obras sociales sindicales por su carácter de desocupados, volcó a esta población hacia el sistema público, elevando en un 29% para los médicos y en un 9% para los enfermeros, la cantidad promedio de consultas por año para el período. Después de 1995, el sistema estatal de salud no superaría los parámetros de 1991.

La tendencia general de esta etapa fue la crisis progresiva del subsistema público en manos de un estado en repliegue permanente, y el avance espectacular del sector privado. Si bien puede aducirse y así se ha hecho, que el explosivo crecimiento demográfico provincial y su concentración en la ciudad capital desbordó la capacidad de atención pública, o que la complejización del sistema sanitario favoreció el desarrollo del sector privado, la investigación sobre este particular da cuenta de elementos más relevantes que apuntan a una decisión política de mercantilización de la salud en detrimento del subsistema público y sus principales instituciones. El resultado sería en el mediano plazo la valorización social de las empresas privadas de salud por sobre las afamadas instituciones públicas que habían marcado sin duda el ritmo sanitario en las décadas precedentes. Este cambio en las representaciones sociales, extensibles a los bienes públicos en general, fueron el único y verdadero éxito del neoliberalismo por varios años: la aceptación global de su mensaje y la aparente falta de alternativas a sus propuestas.

Expectativa y realidad en la segunda mitad de los años noventa

Con el retorno de Felipe Sapag a la gobernación en 1995 aparecieron nuevamente las expectativas sobre políticas públicas entroncadas con los símbolos originarios del partido, en particular con la búsqueda del bienestar social.³⁰⁵ La salud pública, emblema del histórico líder, y su famoso Plan, esperaban ahora una reedición o al menos una mejor y mayor atención, fortaleciendo el sector con la inyección de recursos. Sin embargo, el contexto económico general y el particular con el que asumió el gobierno de la provincia no eran halagüeños. El desempleo provincial había trepado en ese año a casi el 17% mientras en 1991 era del 7%.³⁰⁶ Frente a ello, Sobisch había aprobado antes de finalizar su gestión una ley de subsidio al desempleo que significaba una pesada carga para la nueva administración provincial. Desempleo, pobreza y los efectos de las privatizaciones de los noventa convirtieron a Neuquén en la provincia que alumbraba desde su comarca petrolera una nueva forma de protesta, las puebladas que darían nacimiento al movimiento piquetero.

Como parte de la propia interna partidaria, el ex ministro de Salud y ahora diputado provincial desde 1995, Gustavo Vaca Narvaja, en un libro destinado a denunciar la corrupción de la gestión de Sobisch, afirmaba que *“Felipe Sapag asumió una Provincia arrasada, quebrada financieramente y profundamente conflictuada en lo social (...) Casi 10.000 ciudadanos eran asistidos por la Ley 2128 y un déficit de más de 160 millones para el 96 debían ser compensados con duros decretos de reducción de*

³⁰⁵ Para la evolución del sistema de Salud Pública en la provincia de Neuquén durante la segunda mitad de la década del noventa, consultar TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 115-123, cuyas ideas centrales se reproducen como contexto en este apartado.

³⁰⁶ TARANDA, Demetrio; MASES, Enrique; y BONIFACIO, José Luis, *La protesta social en Neuquén. Viejas y nuevas formas*, Neuquén, Educo, 2007, p. 124.

*salarios. Al vaciamiento del Tesoro se sumaban deudas millonarias, un Banco diezmado económica y administrativamente, la Caja Provisional deficitaria y un Instituto de Seguridad Social en crisis”.*³⁰⁷

El gobierno de Felipe había supuesto una esperanza ante el desbarranque del sistema, pero el ajuste del salario primero y la eliminación de las horas extras después, supusieron un duro golpe.³⁰⁸ En este marco, Sapag llevó a cabo el ajuste en las remuneraciones de los empleados públicos provinciales reduciendo en 1997 a la mitad el porcentaje percibido en concepto de zona desfavorable. La protesta de los trabajadores y sus organizaciones no se hizo esperar. De todas formas, la repercusión más importante de estas políticas en el área de salud fue la búsqueda de mejores remuneraciones por parte de los profesionales, lo que se tradujo en un drenaje del sector público hacia el sector privado, beneficiando claramente a este último. Desde la crisis, el sector público nuevamente derivaba recursos muy bien formados hacia la actividad privada. Numerosos profesionales redujeron su dedicación en las instituciones hospitalarias, aumentando la proporción de aquellos encuadrados en el régimen de semi-exclusividad horaria.³⁰⁹

³⁰⁷ VACA NARVAJA, Gustavo, *Guantes Blancos*, Córdoba, Narvaja Editor, 1996, p. 8.

³⁰⁸ Alba Churrarin relata como desde enfermería un grupo realizó un proyecto que ella misma entregó en la gobernación justificando el uso de dichas horas. El resultado sería la liberación de las horas extras, pero las mismas no llegaron en su totalidad al sector por decisión del subsecretario de salud, el Dr. Méndez Valdemarín, con el que tuvieron una ardua pelea. Entrevista a Lic. Alba Churrarin. 12-08-2013.

³⁰⁹ Los resultados de este fenómeno en el tiempo pueden visualizarse en el Hospital Castro Rendón. A comienzos de 2008, el 52% de los profesionales no revestía una dedicación exclusiva o bien no cobraba de acuerdo a ella, como en el caso de los médicos residentes. TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 116.

Otro conflicto intenso se produjo en 1998, año en el que asomaba como propuesta la cuestionada autogestión hospitalaria. Las diferencias

“...el conflicto es el estado natural del Hospital”

Obst. Mabel Egea

internas entre los sectores con propuestas más confrontativas y con medidas de acción más radicales, y aquellos que dentro del hospital seguían sosteniendo la atención y sus actividades, aparecían nuevamente. Recuerdan algunos médicos haber sufrido escraches en sus casas como consecuencia de su continuidad en el trabajo, la dureza del paro de enfermería y la radicalización de la Asociación de profesionales.³¹⁰ A esto hay que sumarle la cobertura mediática que señalaba permanentemente las falencias del hospital, abonando además la imagen negativa de la institución como un epicentro permanente de conflictos. Sin embargo y como afirma Mabel Egea, *“el conflicto es el estado natural del Hospital”*, sacándole connotaciones negativas.³¹¹ De hecho, la población siguió apoyando al nosocomio.

Todo proceso relativo a la Salud pública y su principal hospital, es controversial y este período también trajo avances, algunos de ellos muy sobresalientes. Uno de los sucesos más reseñables ocurrió en el ámbito de la terapia intensiva. Tras mucho esfuerzo, la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalentes se crearía finalmente en julio de 1998, y al año siguiente iniciaba la Residencia en Terapia Intensiva, lo que suponía el primer espacio de formación

³¹⁰ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

³¹¹ Mabel Egea. Obstétrica. Ingresó al Hospital Castro Rendón en 1982 como concurrente y en 1985 fue nombrada Jefa del servicio de Obstetricia. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

de intensivistas en la Región.³¹² Para el servicio de cardiología, dicha unidad supuso un avance trascendente. El servicio de Nefrología, por caso, se trasladó en 1995 al Sector Huemul del Hospital ya con cinco puestos de Hemodiálisis y nuevas instalaciones. A partir de ahí sumó, a los enfermeros que ya venía entrenando en las actividades dialíticas, la formación de sus propios médicos nefrólogos. Alternaba el ingreso entre especialistas y clínicos a capacitar, que luego revalidaban el título a través de la Sociedad de Nefrología.³¹³

Para la terapia intensiva pediátrica este período supuso la concreción definitiva de largos años de esfuerzo.³¹⁴ En noviembre de 1997 se habilitaba la planta física definitiva de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y de Cuidados Intermedios, construida en diez meses. El proyecto había sido avalado en su momento por el Dr. Vaca Narvaja, cuando era ministro de Salud, y gestionado ante el Banco Mundial junto con los nuevos Consultorios externos del Hospital. Con todo el equipamiento físico y tecnológico necesario, se conformaba la primera Terapia Intensiva Pediátrica y de mayor complejidad de la Patagonia. Como afirma el Dr. Allende, desde 1998 se internaron más de 1800 niños, con una mortalidad de 10-13%, fue aumentando su complejidad y su personal, así como su reconocimiento en el país. La presencia de concurrentes y residentes, propios y de otras instituciones de Salud, completan el panorama de este servicio.

³¹² *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Terapia Intensiva*, Dr. Sciuto.

³¹³ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Nefrología*, Dr. Fernando Martínez.

³¹⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica*, Dr. Daniel Allende.

Algunos avances del Hospital en la segunda mitad de los noventa:

1995:

- Traslado del servicio de Nefrología al Sector Huemul, con nuevas instalaciones. Formación de médicos nefrólogos.
- Neonatología y las “Normas de seguimiento ambulatorio del niño con bajo peso al nacer”. Instrucción sistematizada de la reanimación neonatal.
- Incorporación del primer videoendoscopio para estudios del aparato digestivo.

1996:

- El servicio de Cirugía es acreditado por la Asociación Argentina de Cirugía como servicio reconocido. La misma Asociación acreditó después la residencia.

1997:

- Planta física definitiva de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y de Cuidados Intermedios. Primera y de mayor complejidad de la Patagonia.
- Grupo para Cuidados Paliativos Pediátricos.

1998:

- Creación de la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalentes.

1999:

- Residencia en Terapia Intensiva. Primer espacio de formación de intensivistas en la Región.
- Asunción desde pediatría de la asistencia de la línea 102.

Neonatología aportaba en 1995 las “Normas de seguimiento ambulatorio del niño con bajo peso al nacer” y en ese mismo año comenzaba con la instrucción sistematizada de la reanimación neonatal a través del Programa de Resucitación Neonatal.³¹⁵ Este curso, desarrollado por la American Heart Association en apoyo a la American Academy of Pediatrics y auspiciados en Argentina por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación, tuvo repercusión nacional, siendo el primer instructor

³¹⁵ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Neonatología, Dr. Alberto Videla.*

regional acreditado el Dr. Videla, del Hospital. También en la segunda mitad de los noventa se realizaron modificaciones edilicias para el sector, pero pese a todo, la situación de crisis se tradujo en la carencia de recursos materiales y también humanos, con cargos sin cubrir.

Dentro de pediatría, este período supuso el inicio en 1997 del grupo para Cuidados Paliativos Pediátricos, cuyo objetivo era la mejora de la calidad de vida de niños, y sus familias, con patología crónicas neurológicas, renales, oncológicas y respiratorias, entre otras, compuesto por médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos.³¹⁶ A fines de la década se creó la sala de juegos y el Hospital de día, modalidad esta última destinada a la atención de niños con cirugías ambulatorias no complejas, niños del interior provincial que se atendían en alguna especialidad pediátrica, o niños derivados desde el interior para interconsultas.

Vinculado con el servicio de pediatría, una experiencia importante a resaltar durante la década del noventa fue la del Equipo interdisciplinario de adolescencia del Hospital Castro Rendón.³¹⁷ Surgido por el descenso de la mortalidad infantil que provocó el plan de salud y la consecuente ampliación de adolescentes y sus problemáticas, inició su recorrido en 1989. Partiendo de la necesidad de formar equipos también en atención secundaria y terciaria basados en la relación de diferentes disciplinas, estuvo integrado en diferentes etapas por pediatras, ginecólogas infanto juvenil, obstetras, médicas clínicas, psicólogas, sociólogas, nutricionistas, antropólogas y enfermeras. Funcionó desde 1990 en tres áreas, clínica pediátrica, ginecología infanto juvenil y psicología. Las patologías psicosociales y los niveles de riesgo se conformaban en

³¹⁶ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez/ Trayectoria histórica de los Cuidados Paliativos Pediátricos.*

³¹⁷ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Equipo interdisciplinario de adolescencia, Dra. Paulina Castello.*

ejes centrales de trabajo. La salud sexual y reproductiva, los embarazos, las adicciones, los trastornos alimentarios, y los problemas de violencia, entre otros, conformaban el foco de atención del grupo. No obstante, por el carácter del propio plan, destinado a la atención primaria, tuvieron que defender permanentemente su necesidad de existencia y de atención integral de la adolescencia. Finalmente, las autoridades de salud terminaron con el equipo en 1998, regresando cada profesional a su servicio, con las consecuencias negativas que esto produjo en la atención de los adolescentes.³¹⁸

Un párrafo aparte merece la detección y tratamiento del maltrato y abuso sexual, para lo que se había creado un grupo interdisciplinario con pediatras, psicólogas y asistentes sociales, impulsado en su momento por la Dra. Celia Destéfano y posteriormente abordado por la pediatra Mónica Belli quien se especializó en este tema. En este marco se creó la línea de teléfono 102, que en funcionamiento permanente recibía denuncias de maltrato, gran parte de ellas en forma directa por sus víctimas.³¹⁹ La coordinación de acciones con la Defensoría del Niño y del Adolescente, resultó central frente a los casos de maltrato infantil. Ya en 1989 se había designado desde el Servicio de pediatría una pediatra para atender esta problemática por la iniciativa de trabajo intersectorial entre Salud, Educación y Justicia proveniente del Ministerio de Acción Social. Al año siguiente se sumaría una Asistente Social y luego un psicólogo. Varios años después, en 1999, se asumiría desde la Jefatura del Servicio de Pediatría, la asistencia de la línea 102, con los recursos físicos y humanos

³¹⁸ Como afirma la Dra. Castello, a pesar de esta disolución formal, las tareas del equipo se siguieron manteniendo en la mitad del horario de los diferentes profesionales hasta el 2010. En la actualidad comenzó a funcionar hace muy poco, la atención específica de adolescencia desde un consultorio semanal. *Ibidem*.

³¹⁹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Historia Equipo de Atención al Maltrato y Abuso Sexual- Línea 102.

necesarios para tal fin. El marco normativo de la Ley 2302 de Protección Integral de niños/as y adolescentes (año 2000) resultó fundamental para el trabajo en estas problemáticas que ya no podían considerarse ajenas al sistema de Salud.

Línea telefónica 102

*“... atención gratuita que brinda a los/las niñ@s y adolescentes y a la comunidad la oportunidad de realizar consultas vinculadas a los problemas de infancia y adolescencia hasta los 18 años de edad ...Es un dispositivo de protección de derechos, que garantiza el derecho del niño/a adolescente a ser escuchado y participar ...Es un dispositivo de atención para la información, denuncia y reparación de la vulneración de derechos en la infancia y adolescencia, que funciona las 24hs. de los 365 días del año”.*³²⁰

³²⁰ *Ibídem.*

Pese a todos estos avances del Hospital, en el subsistema público y frente a las grandes expectativas generadas por el último mandato de *Don Felipe*, se imponía cierto deterioro y la consolidación de determinadas líneas de políticas públicas. Es en

este camino que debemos abordar brevemente uno de los hechos más salientes en el sistema de salud pública durante dicha gestión, la inauguración en marzo de 1999 del hospital Dr. Horacio Heller, uno de los pocos que se construyeron sin la finalidad de sustituir a otro.³²¹ Su puesta en funcionamiento incluía un nuevo modelo de organización hospitalaria basado en el esquema de cuidados progresivos, que pretendía reemplazar la matriz clásica del “Plan de Salud” basada en el agrupamiento por servicios. Implícitamente se consideraba que aquella era la mejor respuesta a las demandas sanitarias de la población, contenidas ya en forma insuficiente por el esquema clásico. De esta manera, el nuevo hospital significaba un cambio en la tradición sanitaria neuquina y la adopción del lenguaje de la eficiencia, la modernidad y la productividad propia del andamiaje de conceptos de los noventa.³²²

Apertura del Hospital Heller

“... pensábamos que iban a hacer muchos cambios e incluso podían superar en algunos campos al Castro, pero no pasó... están desconectado del sistema, y eso es responsabilidad de la Subsecretaría... falta coordinación, supervisión y lineamientos”

Dr. David Pedemonte

³²¹ La obra se inició en agosto de 1992, adjudicada a la Empresa IGLYS S.A.-CARTELONE U.T.E. La inversión superó los veintisiete millones de pesos, de los cuales seis millones novecientos mil pesos fueron destinados a equipamiento. Se construyeron 11.855,38 m² sobre una superficie de terreno de 23.237,52 m², estructurado en dos niveles escalonados, con previsión de expansión futura hasta el 20% de su capacidad inicial. Memoria Descriptiva de la obra. Adjunto N/PN^o 1777 - Licitación Pública Internacional N^o 05-H/91. En <http://www.hospitalheller.org.ar/>

³²² Desde la web del propio hospital se entiende que su inserción en el sistema público debe ser entendida como “...el de una entidad social responsable de la

Los procesos de reformas del Estado en salud se consolidaban materialmente a partir de esta inauguración. Así fue entendido desde un principio por parte de los profesionales del Hospital Castro Rendón³²³. Una de las características fundamentales del Hospital había sido la de pertenecer a un sistema, no siendo una isla como muchos centros de Buenos Aires, lo que le había permitido un éxito inicial muy fuerte, reflejado en las cifras estadísticas de salud, y trascendencia a nivel nacional.³²⁴ Bien por el contrario, el hospital Heller rápidamente daría cuenta de un modelo contrario, recibiendo fuertes críticas desde los trabajadores de otras instituciones sanitarias por su desarticulación respecto al subsistema de salud pública, no desarrollando estrategias conjuntas para responder a las demandas sanitarias de la población.

Para Dell’Alli, titular de la Asociación de Profesionales, aquel hospital *“nace como una cosa totalmente separada. Con una forma de funcionamiento detrás, separada del sistema. El Heller es como la niña bonita que se la pone ahí (...) y se desintegra totalmente el funcionamiento. (...) No hay ninguna interrelación entre los servicios. Al contrario, hay un corte entre los servicios en general,*

atención de la salud de la población de su área, (...) debiendo comportarse además, como una empresa social que persiga la racional utilización de los recursos físicos, financieros y humanos para el mejor logro de sus objetivos. Su estructura orgánica expresa el ordenamiento de las actividades según el criterio de priorizar las líneas de producción por sobre las áreas normativas, con alto grado de flexibilidad y dinamismo para generar relaciones internas fluidas entre las distintas disciplinas que se integran en el hospital. En <http://www.hospitalheller.org.ar/>. Pueden observarse en esta descripción actual, concepciones que forman parte del proyecto original.

³²³ Desde Pediatría recuerdan que la noticia del nuevo hospital había alentado las expectativas de tener finalmente en la provincia un hospital materno infantil. La Dra. Álvarez y la Lic. Churrarin refieren a esta frustrada expectativa en las entrevistas realizadas.

³²⁴ Dr. Pedemonte. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

*hay una falta de integración al resto de los hospitales”.*³²⁵ En la misma línea, el Dr. Bonorino afirma que desde un principio al director de este hospital le habían dado facultades para hacer lo que quisiera.³²⁶ Esta desarticulación puede ser entendida no como un resultado involuntario sino como un objetivo deliberadamente perseguido por las autoridades, buscando desprenderse de problemas ya enraizados en las otras instituciones del subsistema público y abrir la posibilidad a la extensión de reformas.

Una de las peculiaridades del hospital Heller, en línea con las ideas de la época, fue la terciarización de varias tareas de la institución, básicamente las no asistenciales, caso de seguridad, mantenimiento, limpieza, lavadero y cocina. Esta práctica, con pretensiones de convertirse en modelo y con su base en razonamientos de carácter economicista, reflejaba las concepciones de eficiencia y racionalización de recursos públicos propios de los noventa, permitiendo en realidad la entrada en lo público de las empresas privadas. De esta manera, se borraban límites y se diluían fronteras en beneficio de la actividad privada.³²⁷

La evaluación desde el Castro Rendón hacía el nuevo hospital era negativa, ya que habiendo depositado expectativas incluso de que superara en poco tiempo, dado el equipamiento y los recursos iniciales de los cuales dispuso, terminó siendo un centro con menor desarrollo, desaprovechado en su potencialidad y desconectado, como dijimos, del sistema, desvinculación de la que

³²⁵ Entrevista a César Dell’Alli, 05-04-08.

³²⁶ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

³²⁷ Las quejas sobre las consecuencias en la actualidad de la terciarización de algunos de estos servicios en el Castro Rendón son claras en términos de falta de eficiencia y de pérdida de control sobre los mismos.

la Subsecretaría de Salud parece ser responsable por la falta de coordinación, supervisión y lineamientos.³²⁸

Paradójicamente, la evolución edilicia del Hospital para fines de la década del noventa mostraba un crecimiento similar al de inicios de los setenta, con una ampliación de superficie del 41,2% y una ampliación de camas del 4,5%. En el año 1998 se inauguraron tres obras: El Edificio de Consultorios Externos y Laboratorio en la esquina de Buenos Aires y Alderete, el Edificio de Depósito y Cocina en el centro de la manzana y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica sobre Calle Santa Fe. De todas formas, cabe señalar que permanentemente se ejecutaron un sin número de ampliaciones no planificadas que si bien solucionaron problemas puntuales provocaron a lo largo del tiempo problemas funcionales de muy difícil resolución.³²⁹

En un balance sobre el cierre de la década, para algunos críticos el último gobierno de Felipe Sapag no pudo torcer el rumbo impuesto en las políticas públicas sobre la salud, y no solo naturalmente en esta área. El compromiso de la primera gestión de Sobisch de mercantilizar el sistema provincial de salud tuvo continuidad en sus dos gestiones posteriores, no alcanzado este período intermedio para revertir esta situación.

³²⁸ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

³²⁹ Hospital Provincial "Dr. Eduardo Castro Rendón". PLAN DIRECTOR. Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud.

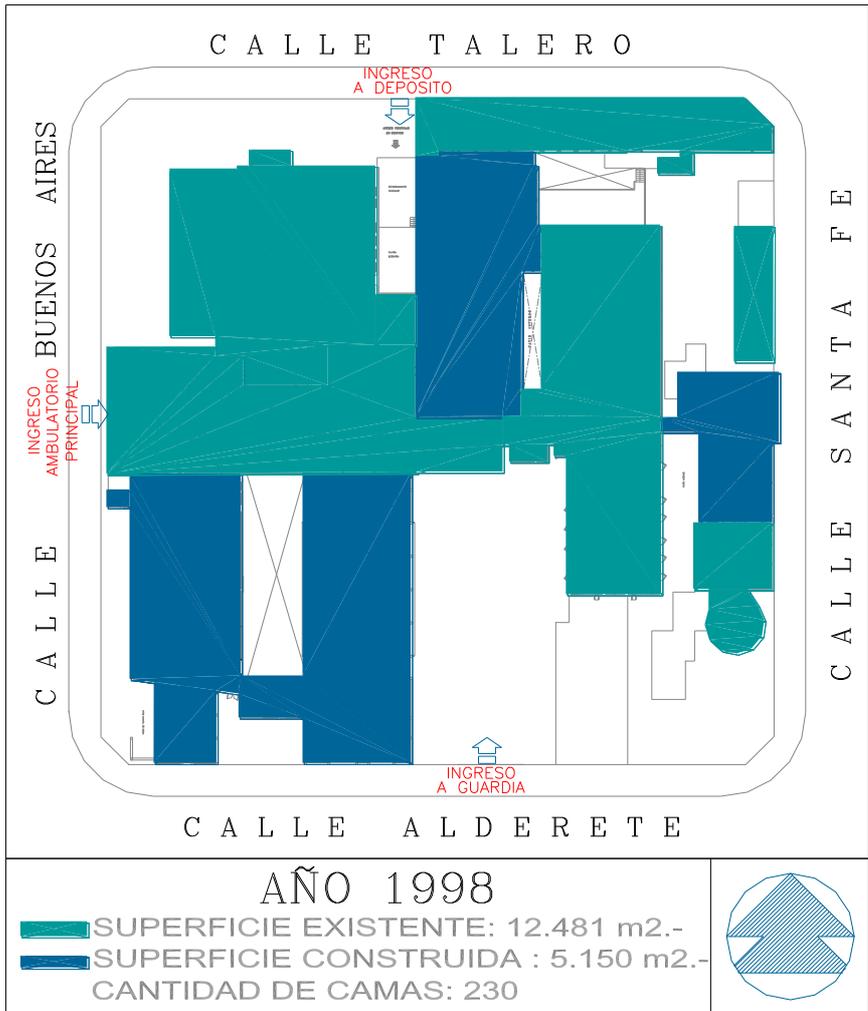


Imagen VIII. Plano del Hospital en 1998. Fuente: Provincia de Neuquén. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Salud. *Hospital provincial Dr. Eduardo Castro Rendón. Plan Director. Año 2002.*

Según Dell’Alli, este período representa “*un largo paréntesis que en realidad fue profundizando un poquito la cosa. Porque al no*

*resolverse cosas de fondo, como recuperar la idea del full-time, recuperar al recurso humano, estimular al recurso humano (para que se quiera quedar, (tendió a) favorecer la expulsión del recurso humano con una merma del 20% como la que se hizo (Además, durante esos años) no se estimula el desarrollo económico de lo otro (el equipamiento sanitario), no se estimula el crecimiento, no se ve que haya pautas. Por ejemplo, un plan de capacitación, que era un poco uno de los pilares y estandartes del sistema. Uno decía, 'bueno, vuelve esta gente, volverán a estimular la capacitación para referencia y contrarreferencia, los planes de capacitación...' Nada. Entonces bajamos un poquitito más, un peldaño más en la estructura".*³³⁰

En esta línea, parte de los profesionales entrevistados sostienen que los funcionarios de Sapag coincidían con ellos discursivamente pero en los hechos la política no cambió y el recorte del 20% en los salarios fue una buena muestra.³³¹ De esta manera, se truncaron gran parte de las mencionadas expectativas respecto a esta gestión. En los hechos parece que el conflicto de 1993 había fortalecido la postura ya adoptada por el gobierno de desarrollar la medicina privada, dejando de ser paulatinamente el Hospital punta de lanza en incorporación de tecnología.

El Plan de salud, la mística que generó y la propia identidad del Hospital Castro Rendón, había sido sostenido en sus inicios con un enorme compromiso de sus actores principales, con la militancia y la ideología setentista de la equidad y la igualdad sostenida por médicos bien formados en sus residencias pero que no alcanzaban o estaban en torno a los treinta años.³³² Frente a esto, el escenario de deterioro de los noventa fue implacable. De todas formas, el

³³⁰ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

³³¹ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

³³² Dr. Pedemonte. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

Hospital siguió manteniendo su prestigio y su rol fundamental de formador de profesionales desde las residencias, aunque paradójicamente un número cada vez mayor de estos médicos formados se iban posteriormente a ejercer en los centros privados.

En el 2001 no había inversión. “A fines de ese año y principios del siguiente, un paciente se entraba a operar y se acababa el hilo de sutura y lo dejábamos con la panza abierta para ir a buscar hilo para coser donde lo hubiera, como a Cutral Cò”

Dr. José Russo

El Hospital en el siglo XXI: la defensa de la salud pública

La entrada al nuevo siglo nos introduce en un proceso abierto, inacabado, sobre el que es más complejo tener una mirada con relativa distancia. Es la historia reciente del Hospital, la más actual, con la que cerraremos este capítulo.

Desde la nueva gestión provincial iniciada en 1999 en adelante, esta década presentó, con matices según los años, una serie de problemas recurrentes en el subsistema de salud pública y muy visibles en su hospital de máxima complejidad y referencia. Es el caso de los reclamos por mejoras salariales y por mayor inversión en equipamiento sanitario para los hospitales públicos, señalando políticas públicas de desinversión en equipamiento y recursos humanos capacitados. Es así que entre otras cuestiones, debemos citar las dificultades en el diagnóstico por imágenes, por los desperfectos técnicos de los equipos del Hospital, sobre utilizados y faltos de mantenimiento, que condujeron a la práctica de la derivación de pacientes hacia el sector privado. O los problemas de infraestructura, que se tornaron relevantes complicando la atención, caso del servicio de quirófanos del Hospital, cuyas obras de remodelación duraron dieciocho meses, obligando a la derivación de

pacientes a otras instituciones, sobre todo a las clínicas privadas.³³³ Este escenario nos indica la continuidad y sobre todo el refuerzo de políticas de gobierno que beneficiaban, como veremos, al subsistema privado en desmedro del público.

En el escenario crítico del 2001, el Dr. Russo, nuevamente director general, afirma que faltaban insumos básicos y no había forma de comprarlos con el disparo cambiario y la falta de stock. No se conseguían los elementos. De hecho, relata que a la hora de conseguir recursos negociaba los fondos directamente con el gobernador. Hizo una triangulación con éste y la cooperadora para poder comprar y equipar el hospital. Así llegó el equipamiento quirúrgico o las mesas de anestesia, entre otros. En el 2002 hicieron también el Plan arquitectónico director del Hospital para planificar el desarrollo de la institución para cuando hubiera fondos suficientes.

De todas formas, desde la administración pública provincial, en manos ininterrumpidas del MPN y sus líneas internas, una idea, casi un slogan, seguía resonando en sus declaraciones públicas: la salud pública neuquina y su original plan de salud, eran una excepción, un logro en el marco de la salud pública argentina. Así lo afirmaba años después, por ejemplo, Pedro Salvatori durante la Convención constituyente (2005-2006): *“a mí no me consta que haya perdido calidad la prestación de la Salud en Neuquén, al contrario, nosotros escuchamos solamente elogios sobre el plan de salud del Neuquén y el Movimiento Popular Neuquino con mucho esfuerzo, con mucho sacrificio, con mucho gasto por habitante, lo ha podido mantener y lo sigue manteniendo y sigue siendo referencia a nivel nacional”*.³³⁴ Algunos años antes, el propio

³³³ Entrevista a Gustavo García, 08-10-07.

³³⁴ *Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de la Provincia de Neuquén*, Segunda Sesión Ordinaria, Neuquén, 6 de febrero de 2007, p. 31. Citado en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, p. 126. De este libro, como en los

governador Sobisch, ya en campaña a la presidencia de la Nación, afirmaba que *“la provincia de Neuquén tiene el mejor sistema de salud de Latinoamérica, ese sistema de salud tiene una matriz que duró a lo largo de los años y que fue enriquecida por los diversos gobiernos”*.³³⁵

En la misma línea, en junio de 2005, el vicegovernador Brollo declaraba que *“los neuquinos tenemos que estar orgullosos, porque contamos con un sistema público de salud que funciona bien. Hay deseos y voluntad de seguir manteniendo el mejor sistema público, en el que se pagan los mejores sueldos del país, y tenemos la mejor infraestructura para desarrollar la tarea. No podríamos tener el mejor sistema de salud si no tuviéramos los hospitales como están y las ambulancias funcionando. Eso, junto con el recurso humano calificado y comprometido con la tarea, es lo que ha permitido que sintamos orgullo de nuestro sistema de salud”*.³³⁶

Sin embargo, la realidad del sistema en esos años y algunos sucesos trágicos posteriores, causados por las políticas públicas progresivas para el sector, ponían en cuestión estas afirmaciones. De hecho, puede constatarse una firme decisión política expuesta finalmente por las autoridades políticas provinciales, la inversión en el sector privado, tanto directa como indirecta vía derivaciones. No se trataba ya, como vimos en el capítulo anterior, de bajar la calidad de atención de lo público para acercarlo a lo privado, pretensión explícita del entonces ministro provincial del área durante la dictadura, Héctor Jorge. Ahora y recuperando conceptos de principios de los noventa, la idea era aumentar claramente el nivel tecnológico de la medicina privada.

apartados anteriores, tomaremos las ideas generales sobre el sistema de Salud Pública en este período, incluido en las páginas 125 a 156.

³³⁵ Conferencia de Jorge Sobisch en la UCEMA. 2004. <http://www.cema.edu.ar/cgc/sobisch.html>. Idem, p. 128.

³³⁶ “Neuquén Hoy”, *Boletín Informativo* n° 1.358, Secretaría de Estado de Prensa y Comunicación – Provincia de Neuquén, 15-06-05, p. 8. Idem, pp. 128-129.

Desde el ministerio de salud se afirmaba que *“una de las alternativas para mejorar la accesibilidad y las respuestas oportunas a necesidades de mayor complejidad y especialidades críticas fue la de utilizar los recursos tecnológicos disponibles en distintos puntos geográficos a través de convenios con otros prestadores, favoreciendo la capacidad de respuesta de una verdadera red mixta público-privada en varios aspectos”*.³³⁷ Tanto el gobernador Sobisch, como su ministro Lara, dejaban en claro la convicción política de fortalecer el sector privado. Éste último, sostenía en el año 2004 la decisión de financiar a las empresas médicas *“porque el sistema privado de salud atiende al 50% de la población y el hospitalario al otro 50 %”*.³³⁸

El gobierno sobichista, además de subsidiar la demanda vía derivaciones de pacientes,³³⁹ hacía lo propio con la oferta mediante la transferencia de recursos a clínicas privadas, sobre todo hacia las que ofrecían servicios intensivos en tecnología, caso del diagnóstico por imágenes.³⁴⁰ El Estado se convertía así en el responsable del explosivo crecimiento de la actividad privada en base al otorgamiento de créditos blandos que en numerosas ocasiones se tornaron incobrables.³⁴¹ En una continuidad con el neoliberalismo de los noventa, el Estado retrocedía en directa proporción al

³³⁷ SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003, p. 12. Idem, p. 132.

³³⁸ *Diario Río Negro*, 21-07-04, p. 15.

³³⁹ Estas derivaciones concentraban los beneficios en aliados estratégicos del gobierno. Como informaba un medio local no vinculado con este último, en los tres primeros meses del 2004 solamente desde el hospital Neuquén se derivaron 298 pacientes al sector privado, de los cuales *“178 fueron para Medicina XXI; 114 a la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén; 4 para la Clínica Moguillansky y 1 para la Clínica de Imágenes. La práctica restante, fue para ‘otros’.*” *Periódico 8300*, 02-04-08.

³⁴⁰ Para un análisis más exhaustivo sobre este particular, consultar TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 132-141.

³⁴¹ Varios de los profesionales entrevistados recordaban la existencia de estos créditos y la posterior “desaparición” de esas carpetas en el Banco Provincia de Neuquén.

crecimiento de la actividad privada en salud.³⁴² Podemos afirmar que unas ochenta firmas se vieron beneficiadas del flujo de recursos orientado por el propio estado provincial hacia el mercado de la salud, especialmente Air Liquide, Clínica de Imágenes, Fresenius Medical, Policlínico Neuquén y Sanatorio Plaza Huincul.³⁴³

Esta práctica de subsidiar el crecimiento de la medicina privada, entendida como una línea directriz de la política sanitaria del gobierno de Sobisch, se mantuvo en desmedro de las necesidades de inversión en equipamiento y recursos humanos de los hospitales provinciales. Fruto de estas políticas se produjo un fortalecimiento de las corporaciones profesionales, que finalmente impondrían condiciones sobre las políticas sanitarias del estado provincial. El caso de los anestésistas en una buena muestra.³⁴⁴ De todas formas, hay que señalar que la falta de profesionales en este sector se explica por las deficientes políticas públicas en materia de formación de recursos humanos pero también por la cartelización de algunos

³⁴² En un tono fuertemente crítico respecto a las administraciones de Sobisch, Gustavo Vaca Narvaja en un documento titulado “Neuquén historia de una entrega” y publicado por el mismo en 2008, afirmaba que el varias veces gobernador “*En su primer período fagocitó los 800 millones de dólares del pago por la privatización de YPF. En su segundo período dejó quebrada la Provincia y en su último período: Este; la deja con festival de bonos y una deuda de 538 millones; 250 millones de dólares en bonos; déficit de 135 millones de dólares; Banco Provincia deficitario con cientos de deudores incobrables, cartera sucia millonaria transferida al IADEP; deuda en el Tesoro Provincial de 2.500 millones de pesos; empresas públicas en rojo. Un Legislativo obsecuente, y un Poder Judicial desmantelado*” (página 161).

³⁴³ Air Liquide recibió, por provisión de oxígeno, 2.283.608 pesos en un solo año. Clínica de Imágenes se hizo con 1.692.516 pesos por recibir pacientes derivados del hospital Neuquén. Fresenius Medical, una empresa que prestó servicios de diálisis en los hospitales de San Martín de los Andes, Zapala y Neuquén, cobró 1.318.183 pesos entre septiembre de 2005 y noviembre de 2006. Por otra parte, el Policlínico Neuquén y el Sanatorio Plaza Huincul recibieron 823.502 y 723.542 pesos respectivamente, por la derivación de pacientes desde el subsistema público. *Diario Río Negro*, 30-01-07, p. 6.

³⁴⁴ Para este particular consultar el anexo “Cómo crear una corporación y no morir en el intento. El caso de los anestésistas” en TARANDA, Demetrio y OTROS, *op. cit.*, pp. 157-164.

profesionales de especialidades críticas. En este sentido, la Asociación de Anestelistas de Argentina (AAA) logró crear una escasez artificial de anestelistas reduciendo la formación de recursos humanos en la especialidad.

En relación a las obras sociales, la principal obra social de la Provincia, el Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN), además de su desfinanciamiento, se alejó de cierta complementariedad con el subsistema público de salud de décadas previas.³⁴⁵ Se convirtió en proveedora de clientes para las clínicas privadas, transfiriendo recursos a un sector privado cuyas corporaciones no tendrían posteriormente ambages, frente a las dificultades económicas del Instituto, en utilizar la fuerza ganada desde los noventa para ejercer presión a favor de sus intereses. No obstante, no todos los integrantes del sistema público transitaron la misma relación con el Instituto. Desde el servicio de adicciones el Dr. Bonorino resalta que en el año 2000 se abrió la primera comunidad terapéutica pública del país, con un tercio financiado por Salud, otro por el Instituto y otro por Acción Social, en la localidad de Arroyito.³⁴⁶ El ISSN ha sostenido hasta la actualidad su aporte, en tanto Acción social dejó de financiar el proyecto.

Evidentemente, la correlación de fuerza entre el Estado, las obras sociales y las corporaciones médicas se había tornado muy beneficiosa para éstas últimas. El eterno conflicto entre lo público y lo privado, acrecentado por el desequilibrio de las autoridades políticas provinciales en beneficio de éste último, tomaba fuerza. Ya desde el Proceso a fines de los setenta con su primer ataque a los médicos dedicación *full time*, repetido luego en varias ocasiones, el exitoso plan de salud había sufrido esta compleja relación con el

³⁴⁵ Desde 1982 el ISSN pagaba al subsistema público por prestaciones de alta complejidad efectuadas en el hospital Neuquén. GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 98.

³⁴⁶ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

ámbito privado.³⁴⁷ Si bien la mercantilización de la salud y el predominio de decisiones económicas individuales, naturalizaron progresivamente la participación en los dos subsistemas, e incluso la formación en el público para el ejercicio posterior en el privado, sigue persistiendo desde aquellos que han sostenido un alto compromiso con el Hospital, una defensa férrea de la necesaria preeminencia del sistema público sobre una atención privada que se ha adueñado de lo que consideran la atención más rentable, la de mayor complejidad en determinadas áreas, pretendiendo que desde lo público se afronten las políticas de salud menos rentables, de mayor costo y duración, como las preventivas, y de paso con menor compromiso tecnológico, lo que claramente repercute en el Hospital.

Como era de esperar, se produjo el rechazo desde el subsector público hacia las políticas sanitarias de la administración Sobisch, lo que ocurrió desde los jefes de servicio del Hospital Castro Rendón, los dirigentes de ATE, miembros de la junta interna del Castro Rendón, los enfermeros de AUEN y los médicos nucleados en la Asociación Médica de la República Argentina (AMRA). El recrudecieron de las luchas de los trabajadores trajeron en ocasiones, como en el 2007, el logro de parte de sus demandas. En este año, por medio de la sanción de la ley 2.562, el conjunto de los trabajadores de la salud pública provincial obtenía un escalafón propio dentro de la ley general de remuneraciones que comprende al conjunto de funcionarios y empleados estatales de Neuquén, conquista largamente esperada.

³⁴⁷ El tema de los ataques a los médicos del Hospital con dedicación exclusiva aparece permanentemente como zona de debate e incluso de desacuerdo entre los médicos, directores y jefes de servicio del Hospital en las entrevistas llevadas a cabo para la confección de este libro. Igualmente, es claro que es sobre este médico de dedicación exclusiva que se construyó el plan de salud, permitiendo la atracción de profesionales, de ahí su trascendencia y la defensa acérrima que hacen todos aquellos que se incorporaron de esta forma.

FAVEA (Familiares, amigos, vecinos y enfermos agrupados)

Este grupo comenzó a funcionar en junio de 2007 en el marco del conflicto que se suscitó en el hospital con el servicio de anestesiología y que derivó en la suspensión de las cirugías, lo que afectó fuertemente los casos de pacientes graves que necesitaban imperiosamente ser sometidos a las intervenciones quirúrgicas previstas.

A través de la denuncias de esta situación, sumado a la presentación de peticiones que planteaban la grave situación por la que atravesaban los pacientes del hospital, rápidamente lograron hacer visibles sus reclamos y pasaron a ser un actor más en el conflicto, a tal punto que fueron invitados a participar en la mesa de emergencia sanitaria convocada por las autoridades provinciales y que funcionó entre los años 2008-2009.

Según lo expresa la vocera del grupo, Mabel Zapata, la tarea del grupo va desde recabar la información de la situación de la salud a nivel provincial así como las visitas a los distintos nosocomios para verificar la atención de los pacientes. Se reúnen quincenalmente en la Defensoría del Pueblo y allí planifican su accionar a la par que se capacitan sobre esta temática adquiriendo información sobre la salud mundial y nacional.

Se definen como la voz de los sin voces, es decir de los pacientes que ocasionalmente transitan por el sistema público de salud y encuentran inconvenientes en su atención.

Pero su actividad no se limita solo a advertir y en algunas ocasiones denunciar las deficiencias o los inconvenientes que circunstancialmente sufren los pacientes, o la falta de recursos presupuestarios o de insumos, o más ampliamente las políticas de salud implementadas por los gobiernos de turno. Por el contrario, en no pocas ocasiones también hacen público su beneplácito sobre el servicio de salud, haciendo hincapié particularmente en la capacidad y calidad de los profesionales allí incorporados los que con su compromiso *“enaltecen lo público”*.

Actualmente forman parte del grupo Mabel Zapata, Lilian Roldan, Elizabeth Salman, Lucila Ramírez, Justa Pérez, Mercedes Molina y Roxana Pintos.

Por otra parte y también fruto de las políticas públicas expuestas y de la falta de solución frente a numerosas demandas, surgió un nuevo actor colectivo, expresión de una voz fundamental. Nos referimos a los propios usuarios de los hospitales, a los pacientes y familiares de aquellos, que conformaron una asociación destinada a la defensa de la salud pública.

En cuanto al desarrollo del Hospital, al mismo tiempo que se producían estos embates a la salud pública muchas de las innovaciones surgidas en períodos anteriores continuaban e incluso ampliaban su radio de atención. Es el caso de la Línea 102 que más allá de las problemáticas de maltrato y abuso sexual, atiende en la actualidad una amplia gama de vulneración de derechos en la infancia, caso de niños en situación de calle o solos en sus casas por muchas horas diarias, adicciones, deserción y/o violencia escolar, explotación sexual, o trabajo infantil entre otras muchas problemáticas.³⁴⁸ En la actualidad el equipo, constituido por una pediatra, cuatro trabajadoras de servicio social, una psicóloga, una técnica en familia y una operadora de la línea, asiste por año a 1.300 niños por situaciones de abuso sexual, maltrato físico, emocional o negligencia.

Por otra parte, en la dilatada historia del Hospital Castro Rendón y en su carácter de institución de mayor complejidad y centralidad en el plan de salud, una de sus funciones sin dudas más relevantes ha sido la de formación, adquiriendo relevancia en ella el trabajo del Comité de Docencia e Investigación.³⁴⁹ Una de sus tareas principales nos remite a la formación de post grado de aproximadamente unos 140 profesionales médicos que circulan anualmente por el Hospital. Es de resaltar la producción anual de

³⁴⁸ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Historia Equipo de Atención al Maltrato y Abuso Sexual- Línea 102.

³⁴⁹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Comité de Docencia e Investigación, Dra. Gabriela Luchetti.

trabajos de investigación vinculados a las residencias y presentados en jornadas a la comunidad hospitalaria. Las Jornadas Hospitalarias de Investigación, realizadas desde el año 2000 al 2011, ha sido el ámbito de presentación de las investigaciones llevadas a cabo por los profesionales de los servicios y sectores. A la investigación y producción organizada se añade la que en forma irregular se realiza desde los distintos servicios y es presentada en los congresos de cada especialidad, o las que se realizan en el marco de investigaciones multicéntricas generadas por hospitales públicos nacionales o por la industria farmacéutica. Todo ello convierte al Hospital en un centro permanente de producción de conocimientos.

En este marco y en lo relativo al pregrado, el Comité ha sido el nexo natural entre el Hospital y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Fue precisamente en esta década que se inició la vinculación entre el Hospital y la carrera de medicina, cuando en el año 2000 la primera promoción de la carrera comenzaba la práctica final obligatoria, en aquél entonces el ciclo de síntesis. A estos efectos, la coordinación con los servicios del nosocomio recayó en el comité, que además realizó los reglamentos y las bases de registros necesarios. El Hospital es sede de dicha práctica y de las cátedras de Ginecología y Obstetricia, Medicina y Cirugía y Medicina I. También funciona como sede del Internado anual rotatorio de la Universidad de Buenos Aires.

Los servicios continuaron con su desarrollo, caso de Ginecología, que lograba en el 2007 una mención especial en el contexto del premio nacional de “Buenas Prácticas” en Salud y derechos sexuales y reproductivos, del Observatorio de Género y el INSGENAR.³⁵⁰ Dos años después realizaban la primera campaña de Papanicolaou, lo que implicó un arduo trabajo de todo el equipo, ampliando la cobertura a mujeres que nunca se habían realizado

³⁵⁰ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Ginecología, Dra. Gabriela Luchetti.*

estos estudios y con buenos resultados respecto a la prevención del cáncer de cuello uterino.



Foto: Servicio de Ginecología tras la obtención de una mención especial en el contexto del premio nacional de “Buenas Prácticas” en Salud y derechos sexuales y reproductivos, del Observatorio de Género y el INSGENAR. Año 2007. Fuente: Dra. Gabriela Luchetti.

Para el servicio de cardiología este período supuso avances muy relevantes.³⁵¹ En el año 2004 se habilitaron catorce camas, compartidas por Terapia Intermedia y Unidad Coronaria, separándose formalmente los dos sectores. Este avance en la internación marcó la necesidad de formar residentes en la especialidad, comenzando también esta relevante tarea formativa ese mismo año, con el reconocimiento de la Federación Argentina de

³⁵¹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Cardiología, Dr. Miguel Pulita.*

Cardiología, y sosteniéndose hasta la actualidad. En el 2009 se creó la residencia provincial de la especialidad, mismo año en que se incorporó un tomógrafo Toshiba Aquilion de 64 canales, que les permitió realizar CCG no invasivas y el estudio de las cardiopatías congénitas. También son para resaltar, los ateneos quincenales que reuniendo a cardiólogos, hemodinamistas y cirujanos cardiovasculares de la zona, funcionan desde el 2006.³⁵²

Para la Terapia Intensiva, además de la citada separación de la Unidad Coronaria, este período supondría la incorporación en 2002 de la herramienta informática SATI-Q, como herramienta del Programa Nacional de Calidad de Atención en Terapia Intensiva y Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, recibiendo en 2008 la categorización por la SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva) como Unidad de Terapia Intensiva Nivel 1.³⁵³

³⁵² En el artículo "Un servicio para fortalecer la salud", Diario *La Mañana Neuquén*, 04-08-2013, el Dr. Pulita, jefe del Servicio, afirma que "Durante el año 2012 se realizaron en el área de consulta externa y estudios complementarios 13.261 prestaciones; el 80 por ciento de los pacientes provino de la ciudad de Neuquén, un 15 por ciento de localidades aledañas hasta 100 kilómetros y un 5 por ciento procedentes del interior. El 73 por ciento de los atendidos era mayor de 44 años. En el área de internación en Unidad Coronaria, donde se ha instalado en 2012 una central telemétrica y de monitoreo de última generación, ingresaron 411 pacientes de los cuales el 60 por ciento no poseían cobertura médica; el 77 por ciento eran de nacionalidad argentina y el resto extranjeros, quienes tienen el mismo acceso a todos los niveles de complejidad necesarios para su atención". La frase de este doctor sobre el desarrollo actual del servicio e incluida en el recuadro correspondiente, pertenece también a este artículo.

³⁵³ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Terapia Intensiva, Dr. Sciuto.

Respecto a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, que lleva el nombre de “Ángela de Sfeir” en homenaje a la presidenta de la Cooperadora del Hospital y Madrina de esta Unidad, hay que señalar que en el año 2003 se abrió la Residencia post-básica de Terapia

Cardiología

“Debido al desarrollo actual, el paciente tiene acceso a todos los niveles de atención -incluyendo la alta complejidad, cumpliendo la función fundamental de acceso igualitario a la salud para toda la población, independientemente de sus recursos económicos”

Dr. Miguel Pulita

Intensiva Pediátrica, la primera en la Patagonia, en tanto en el 2007 empezaron a realizarse mensualmente cirugías de alta complejidad con un grupo de cirujanos cardiovasculares del Hospital de Niños de la Plata, y con su postoperatorio en la Unidad.³⁵⁴

En directa vinculación con esta Unidad hay que señalar los avances en el sector de Cardiología Infantil, con la incorporación de una segunda cardióloga pediatra desde 2001, y el diseño del programa de cirugías cardiovasculares que acabamos de señalar para 2007, cirugías con circulación extracorpórea que alcanzan a sumar casi 200 intervenciones desde esa fecha y hasta mitad del año 2013.³⁵⁵ Para ello ha sido fundamental no sólo el apoyo de la UTIP

³⁵⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Dr. Daniel Allende.

³⁵⁵ Esto pudo llevarse a cabo por el convenio con el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital de Niños de La Plata; por el inicio en el año 2006 del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas que terminó incorporando al Hospital como centro quirúrgico de la región patagónica; por el apoyo de los referentes quirúrgicos locales del programa; y por la decisión de la dirección del Hospital de apoyar el programa pese a haber sido declarado fuera de interés provincial durante la gestión ministerial del Dr. Gore. *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Cardiología infantil, Dr Carlos Reeves. Reconocen estos profesionales la importancia en su momento de la decisión de la jefa del servicio de Pediatría, la Dra Mirta Pacín, de aumentar el rol del Hospital como referente de máxima complejidad de la provincia en el área pediátrica, reforzando las subespecialidades con mayor demanda de interconsultas.

sino el recibido de otros servicios como farmacia, hemoterapia, quirófano, laboratorio y rayos, entre otros, que contribuyeron capacitándose a lo que demandan complementariamente estas cirugías. Otros profesionales y más tecnología diagnóstica, caso de la Angio TAC, se sumaron al sector.

En Neonatología el cambio de siglo trajo nuevos neonatólogos formados en los principales centros del país.³⁵⁶ En el 2003 ocurrieron varios hechos relevantes. Se aumentó la calidad del servicio por los cambios que introdujo la nueva conducción de enfermería que se tradujeron en un descenso abrupto de la infección por Gram negativos. Se creó la Residencia Pos básica en Neonatología y se incorporó la enseñanza de grado de la materia Pediatría en el Hospital, creándose el Módulo Docente de Neonatología para la rotación de los alumnos de dicha materia. Otro avance a reseñar fue la modificación, bajo el paradigma de Maternidades Centradas en la familia, del acceso al servicio, no solo el de los padres, sino que se amplía a abuelos y hermanos. Como avances tecnológicos recientes hay que señalar en 2010 el inicio de la ventilación oscilatoria de alta frecuencia y en 2011 la ventilación con óxido nítrico inhalado. A lo largo de su historia este servicio mostró un descenso relevante en la posibilidad de mortalidad infantil.

³⁵⁶ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Neonatología*, Dr. Alberto Videla.

En lo que concierne a los Cuidados Paliativos Pediátricos y su trabajo con los niños y sus familias atravesados por una enfermedad crónica y/o limitante para la vida, el nuevo siglo trajo en el 2001 la norma legal de los Cuidados Domiciliarios, que derivó en un descenso de la internación

y una mejora de la calidad de vida de los niños y sus familias.³⁵⁷ En el 2007 y fruto de un trabajo conjunto con el equipo de Paliativos Adultos se sancionaba La Ley Provincial de Cuidados Paliativos, aprobándose en 2012 el Programa Provincial, actualmente en ejecución y con un claro objetivo de capacitación de profesionales de toda la Provincia. Varios años antes, desde el 2005, se iniciaba el dictado de un seminario de Cuidados Paliativos en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, agregándose el equipo de adultos en el año 2008.

Diagnóstico por imágenes

“El hospital de Neuquén tiene una tecnología de punta, un tomógrafo del que hay pocos en el país, con ecógrafos de primera generación y un plantel médico de excelencia muy abocado a la medicina. Un plantel muy preparado que cubre todos los flancos de diagnósticos por imágenes”.

Dr. Adrián Astudillo

Otra distinción para el Hospital

El galardón de Hospital Amigo de la Madre y el niño, iniciativa de UNICEF. Para ello resultó fundamental el trabajo de la Dra. Susana González y la enfermera Cecilia Piutrín, entre otros.

Dr. Alberto Videla

³⁵⁷ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez/ Trayectoria histórica de los Cuidados Paliativos Pediátricos.*

En Ortopedia y Traumatología, este periodo supuso la implementación del Sistema de Licitación para la adquisición de materiales de osteosíntesis y prótesis, lo que se tradujo en mayor celeridad y accesibilidad para la resolución de la patología quirúrgica.³⁵⁸

También es de resaltar que el Servicio se convirtió en sede de la rotación de los alumnos del ciclo clínico-quirúrgico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Para el servicio de Nefrología esta década implicó desde 2001 su ubicación definitiva, con puestos de Hemodiálisis en Sala general y también aislados, así como un aumento en la cantidad de profesionales y de recursos humanos en general, entre otros avances.³⁵⁹ También, tras largas gestiones, la implementación de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Avances en áreas demandantes de tecnología, caso del diagnóstico por imágenes, también se produjeron en un Hospital preparado como pocos para el tratamiento de la emergencia.³⁶⁰

El tratamiento de la emergencia

“Ningún centro de la zona está preparado como el hospital Regional para atender a un paciente que sufrió un accidente o que le pegaron un balazo en el tórax, a los 10 minutos esa persona ingresa al quirófano y alguien está tratando de solucionar el problema. Eso no existe en ningún otro lado de la zona porque no cuentan con una guardia de cirugía ni de quirófano, no tienen guardias activas de hemoterapia. Esto significa que el hospital tiene una estructura muy grande con ecografistas y tomografistas de urgencia. Entonces al poco rato se le puede brindar al paciente el diagnóstico por imagen y el tratamiento”.

Dr. David Pedemonte

³⁵⁸ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Ortopedia y Traumatología, Dr. Pablo Scigliano.*

³⁵⁹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Nefrología, Dr. Fernando Martínez.*

³⁶⁰ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón, Departamento de Diagnóstico por Imágenes. “Recurso humano y tecnología al servicio de la salud de la comunidad”. A este escrito pertenecen las afirmaciones resaltadas en recuadros del Dr. Adrián Astudillo y el Dr. Pedemonte.*

Como una última muestra de la opción del Hospital por aumentar su complejidad y ampliar su capacidad de atención, conviene recordar la trayectoria del Servicio de Genética. Si bien en el 2005 contaba con diecisiete años de trayectoria en las manos de la Dra. Feinstein, que había puesto en marcha el Laboratorio de Genética y guiado el desarrollo del servicio, la jubilación de esta doctora paró su funcionamiento.³⁶¹ Encontrar médicos genetistas no era una tarea sencilla. Meses después se reactivaría el Servicio con la Dra. Avila, planteándose en el 2007 un plan de formación en Genética e incorporando nuevos recursos humanos en los dos años posteriores. De todas formas, sería con la actual dirección del Hospital que el servicio recibiría el apoyo necesario para su crecimiento, tanto tecnológico como en la formación de recursos humanos, incluyendo la residencia; en la consolidación edilicia para el servicio; y en la vinculación entre genética y las acciones de atención primaria. Hoy es un servicio integrado a las redes y registros nacionales, que continúa trabajando interdisciplinariamente, en particular con el Servicio de Obstetricia, y como afirma la Dra. Avila es el único que fuera de la ciudad de Buenos Aires funciona en un Hospital público “...como servicio de Genética general con atención médica, laboratorio de citogenética, equipo de atención perinatal y centro de formación de recursos humanos”.³⁶²

Por otra parte y en lo que concierne a la evolución edilicia, existe coincidencia a la hora de evaluar críticamente las obras realizadas en el Hospital y su relación con las que se llevaron a cabo en el sistema público de salud.³⁶³ Gran parte de los médicos

³⁶¹ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Servicio de Genética. Dra. Avila.

³⁶² *Ibidem*.

³⁶³ Nos referimos aquí por caso a la construcción de los quirófanos del Hospital Bouquet Roldán, luego desaprovechados, o la propia inversión en el Hospital Heller, antes de fortalecer al Hospital Castro Rendón. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

entrevistados del Hospital señalan la dificultad de haber realizado las obras con el nosocomio en funcionamiento, la carestía de las mismas y su carácter de parches, de añadidos edilicios, sin una correcta planificación. De hecho, las falencias actuales del hospital son fruto de su crecimiento por etapas y en parte desordenado, generando numerosos problemas que debieran ser resueltos, caso de la carencia de un correcto sistema de evacuación.³⁶⁴

La necesidad de instalaciones nuevas y acordes con la complejidad y el lugar que ocupa el Castro Rendón en el sistema público neuquino es un viejo reclamo que se actualiza como posibilidad en sucesivas oportunidades, también desde las propias autoridades provinciales. De hecho, recientemente el ministro de Salud de la Provincia informó que el gobierno estaba realizando un proyecto para construir un nuevo edificio que albergara al Hospital. Este “programa médico arquitectónico” ubicaría al nosocomio fuera del centro de la ciudad, en la zona de la meseta. La noticia daba cuenta además de la inversión, realizada en la última década, de unos cincuenta millones de pesos en obras como la modernización de quirófanos, la nueva guardia, y la extensión de servicios de gas y electricidad.³⁶⁵

Pese a ello y colocando la inversión edilicia en perspectiva y en relación al resto del sistema, podemos afirmar que han existido políticas excesivamente pragmáticas en las gestiones de Sobisch, en particular por la apertura demagógica y desordenada de hospitales de menor complejidad a los que no dotaba posteriormente del personal

³⁶⁴ La prensa regional da cuenta con relativa frecuencia de los problemas edilicios, ya sea por construcción o por dificultades de mantenimiento. Citamos solo como ejemplo el desprendimiento del cielo raso del sector de laboratorio que afortunadamente solo produjo daños en el equipamiento y sobre trabajos en curso. *Diario Río Negro*, 07-12-2012.

³⁶⁵ *Diario Río Negro*, 08-11-2012.

y los recursos suficientes para ofrecer los servicios previstos.³⁶⁶ De esta manera, mientras el estado provincial sostenía que había tenido un fuerte compromiso con la salud pública, materializado en la apertura de diferentes hospitales en el interior de la provincia, integrantes del Hospital criticaban fuertemente esta política de abrir hospitales sin tener en cuenta el funcionamiento del sistema y las inversiones necesarias en otras instituciones o servicios ya existentes. En realidad, esta política fragmentaba, más que mejoraba, el sistema, restándole complejidad y eficiencia.

A modo de cierre, reiteramos que el plan de salud y la salud pública ha sido la bandera histórica del gobierno provincial. Con éste plan se logró un modelo de atención basado en una compleja red de establecimientos organizados por niveles y regiones, sostenido en la gratuidad de la asistencia y fundado en la atención primaria de la salud, con una fuerte carga de trabajo afuera de las instituciones, de prevención, y con mayor protagonismo original de las problemáticas materno-infantiles. En este marco, el Hospital adquirió la relevancia que hemos analizado durante todo el libro y cuenta hoy con más de 1750 empleados y pasan por él por día más de 5.000 personas, siendo un centro de referencia en relación a las residencias médicas y una institución de alta complejidad que cuenta con 80 jefes de servicios y jefes de departamentos.³⁶⁷

El plan de salud fue en su origen una política de Estado, pero luego derivó en política de gobierno y de ahí en un objeto posible de cambios estructurales, en numerosas ocasiones negativos, con el consiguiente deterioro. El Hospital no fue ajeno a este derrotero, en

³⁶⁶ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

³⁶⁷ Diario *La Mañana Neuquén*. Suplemento especial "100 años Hospital Castro Rendón". 28-07-2013.

particular porque, como afirman algunos profesionales, nunca hubo un plan lineal de desarrollo para esta institución.³⁶⁸

Neuquén se había distinguido con este plan, a contra mano de la tendencia nacional que le restaba fuerza al subsistema público para favorecer el privado. El sólido sistema público neuquino terminó siendo un bastión de resistencia a dicha tendencia general, pero a la que progresivamente se terminó incorporando. Los noventa aparecen aquí entonces como el período en el que cambia paulatinamente la matriz de la política sanitaria y de reorganización de las relaciones entre los subsistemas, sembrando, por tanto, las semillas de la convergencia con lo sucedido en el país. En este proceso, como vimos, las diferentes administraciones del sobichismo tuvieron una clara incidencia.

En los hechos, las políticas descritas tuvieron como consecuencia la segmentación de la atención en el sistema provincial de salud, en lo que se conoce como una división entre la “salud para ricos y la salud para pobres”. Por un lado, aquellos que contaban con cobertura social concurrían a instituciones privadas, encargadas de proveer las especialidades de mayores recursos tecnológicos –con equipamiento en gran parte financiado por el propio gobierno provincial- y dueñas progresivamente del prestigio que durante décadas había pertenecido al ámbito de la salud pública. Por otro lado, las personas sin cobertura social real, ya sea por carecer de alguna o porque su obra social en crisis no respondía, se volcaban a la atención en los hospitales públicos, afectados por la falta de inversión pero haciéndose cargo de las atenciones básicas no rentables.³⁶⁹ De esta manera, el Hospital no recibió la inversión

³⁶⁸ Dr. Pedemonte. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

³⁶⁹ Debemos señalar como muestra de esta situación la reciente decisión de varias clínicas privadas localizadas en la Ciudad de Neuquén, de eliminar las guardias médicas generales en horarios nocturnos, que son las que les insumen costos mayores, quedando todo este caudal de pacientes, con o sin cobertura de salud, en

suficiente en tecnología acorde a su ubicación en complejidad dentro del sistema.³⁷⁰ Es sin duda el de máxima complejidad provincial pero le faltan aún recursos tecnológicos para alcanzar correctamente la alta complejidad, lo que coloca el punto de mira en la relación entre los políticos y el sector privado. Por caso, el Dr. Correa afirma que claramente Sobisch no cubría los recursos tecnológicos necesarios en cirugía y no invertía, teniendo posibilidades de hacerlo aunque sostuviera públicamente que esto no era factible.³⁷¹

El prestigio de los hospitales públicos sufrió las consecuencias de esta nueva situación.³⁷² Sin embargo, cabe señalar que esta visión en relación al prestigio es muy relativa al partir de la premisa errónea que coloca la evaluación social de calidad en los sectores de medianos y mayores recursos, que suelen confundir además confort y tecnología con buena atención, padeciendo en muchas ocasiones prácticas de sobre estudio y gastos innecesarios. Así mismo y pese a la asistencia obligatoria de los sectores con menos recursos a los hospitales públicos, existen otros sectores de la población que siguen depositando la solución de sus problemas de salud en el ámbito público, mostrando confianza y una evaluación positiva. Esto no elimina la decisión política de enfocar el sistema público hacia la atención de los sectores más vulnerables. De hecho, médicos del propio hospital entienden y sostienen, como el Dr. Daniel Correa, que el sistema de salud no puede cubrir todo, tiene límites de

manos de un sistema público que nuevamente debe asumir la atención médica de menor rentabilidad en términos de mercado. Diario *Río Negro*, 20-09-2013.

³⁷⁰ Dr. Pulita. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 01-08-2013.

³⁷¹ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

³⁷² Algunos profesionales actuales del Hospital perciben que el prestigio social de la institución ha bajado en relación a épocas previas, en parte por los conflictos permanentes y la propaganda negativa que esto supone. Otros profesionales no acuerdan con esta visión. Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

atención y se debe priorizar al que no tiene otra alternativa, al que no tiene cobertura.³⁷³

El plan en sí mismo sufrió, como afirman muchos profesionales, la falta de adaptación a los cambios de la provincia. Si para la sociedad de los setenta y los ochenta el plan cumplía expectativas, para las necesidades posteriores y actuales demanda reformulación. De hecho y como afirma la Dra. Álvarez, las políticas públicas de salud deben de rediseñarse según las nuevas necesidades de la población, las nuevas morbilidades y las nuevas estrategias de atención de acuerdo al avance de los conocimientos científicos técnicos en todas las áreas.³⁷⁴ En esta línea, el Dr. Bonorino asevera que uno de los problemas principales es que hace rato que las autoridades provinciales del área no tienen un norte sanitarista para el sistema.³⁷⁵

A las dificultades en el desarrollo del plan, debe sumársele una evaluación histórica del lugar que en él cumplió el Hospital. Para el Dr. Pedemonte hubo incompreensión respecto a lo que el Hospital necesitaba en diferentes etapas.³⁷⁶ Afirma que ya en un informe de 1982-83, realizado por Perrone y Moreno, señalaban los problemas para comprender el rol del nosocomio en el sistema de salud. Esto nos lleva a considerar la relación del Hospital con el resto de los hospitales del interior y de la propia capital, soportando en numerosas ocasiones críticas por la cantidad de inversión y gasto público que necesitaba, pero a la vez siendo la institución final de derivación de todo el sistema. En esta línea, debemos comprender las críticas expuestas sobre la creación de hospitales. Estas políticas

³⁷³ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 25-07-2013.

³⁷⁴ *Cien años de trabajo. Historia de los Servicios del Hospital Castro Rendón*, Pediatría, Dra. Isabel Álvarez.

³⁷⁵ Entrevista grupal a antiguos jefes de servicio, directores y a médicos del Hospital Castro Rendón. 11-07-2013.

³⁷⁶ *Ibidem*.

complicaron el funcionamiento del propio sistema y dentro de él sobrecargó la atención de mayor complejidad del Hospital a la vez que sin la adecuada inversión, no sólo como afirma la Dra. Airolde en tecnología, sino a veces en recursos sensiblemente inferiores, comparativamente, pero imprescindibles para continuar tratamientos posteriores, caso de profesionales específicos.³⁷⁷ A esto hay que sumarle algunas críticas respecto a cambios producidos al interior de la propia institución que repercuten en la atención.

Pese a todo esto, es indudable el valor del compromiso atribuido al personal del Hospital y su enraizamiento en la sociedad. De hecho, ha sido calificado en numerosas oportunidades como el Hospital de la gente, apoyada por ésta y sostenido en la mística de sus orígenes, en la entrega y el compromiso de todos sus integrantes. Como afirma el Dr. Esteban Bonorino, *“El Hospital Castro Rendón sigue teniendo esa mística y con gente con muchas ganas de trabajar; de lo contrario, de no haber sido así, hubiese sido más difícil llegar a ser lo que es”*.³⁷⁸ En la misma línea, la enfermera Alba Churrarin afirma que *“Al Castro Rendón lo hizo la gente y los recursos humanos. El Hospital Castro Rendón ha logrado siempre tener su propia identidad y aún lo sigue haciendo”*.³⁷⁹

Finalmente, queda claro que pese a todas las dificultades históricas que puedan detectarse sigue vigente en el Hospital la concepción de la salud como derecho, como derecho a una atención integral basado en los principios de calidad, eficacia, accesibilidad e igualdad. Sigue siendo ésta la meta a cumplir, el norte de su práctica. La adaptación de esta esencia del Hospital Castro Rendón a los nuevos tiempos, a una mayor complejidad en la atención, y a su

³⁷⁷ Ibídem.

³⁷⁸ Diario *La Mañana Neuquén*. Suplemento especial “100 años Hospital Castro Rendón”. 28-07-2013.

³⁷⁹ Ibídem.

lugar en la red de un sistema público de salud que como el propio plan debe actualizarse, es el desafío vigente.

AUTORES

Camino Vela, Francisco: Doctor en Historia por la Universidad de Sevilla. Magíster en Historia Latinoamericana por la Universidad Internacional de Andalucía. Miembro del Grupo de Estudios de Historia Social. Docente de la Facultad de Humanidades y de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue. Docente e investigador de la Universidad Nacional de Río Negro. Ha concentrado su investigación en las áreas de historia y ciencia política, e historia social. Ha publicado artículos en revistas especializadas y escrito varios libros como autor, coautor, co editor o compilador, sobre el norte de la Patagonia: *El mundo de la política en la Patagonia Norte* (Neuquén, 2012), *La política democrática en la Patagonia: predomios partidarios en las provincias de Neuquén y Río Negro* (Roca, 2012), y entre otros, *La dinámica política en la Provincia de Río Negro (Argentina) desde mediados del siglo XX: el predominio de la Unión Cívica Radical* (Sevilla, 2011).

Caminotti, Daniel Santiago: Profesor de Historia por la Universidad Nacional del Comahue (UNComa). Miembro del Grupo de Estudios de Historia Social (GEHiSo). Docente e investigador de la Facultad de Humanidades de la UNComa. Sus áreas de trabajo son la historia social de los trabajadores y la problemática de salud-enfermedad en la Norpatagonia. Ha escrito capítulos en distintos trabajos entre los que se destaca *Historias de sangre, locura y amor; El peronismo desde los Territorios a la Nación. Su historia en Neuquén y Río Negro (1943 - 1958); Historia secretas del delito y la ley. Peligrosos y desamparados en la norpatagonia. 1900 – 1960.*

Casullo, Fernando: Doctorando en Historia Moderna por la Universidad de San Andrés. Es Profesor e investigador en la

Universidad Nacional del Comahue por el CEHIR-ISHIR Conicet y la Universidad Nacional de Río Negro. Sus áreas de investigación son la Administración de Justicia y los procesos de Construcción de las Instituciones Estatales en el período del Orden Conservador.

Gentile, María Beatriz: Doctora en Historia por la Universidad de La Plata. Profesora Adjunta en la Universidad Nacional del Comahue. Se ha especializado en la historia y el pensamiento de América Latina. Ha publicado una serie de artículos en diversas revistas especializadas de Argentina y extranjeras. Es miembro del comité académico del Instituto de Pensamiento y Cultura de América Latina (IPECAL) México y cofundadora del GEHISo, Argentina. Ha escrito y compilado distintos trabajos entre los que se destaca *Historias de sangre, locura y amor; Neuquén: 40 años de vida institucional; América Latina: pensar desde la emergencia;* y *Cadáveres y votos. Claves para pensar la violencia institucional.*

Mases, Enrique: Doctor en Historia por la Universidad de Buenos Aires. Es profesor e investigador en la Facultad de Humanidades de la UNCo. Fundador y director del Grupo de Estudios de Historia Social (GEHiSo). Su área de investigación, dentro de la historia social, son los sectores populares, la problemática indígena, el mundo del trabajo y la infancia rural. Ha dictado numerosos cursos y seminarios de Post grado en distintas universidades nacionales. Ha sido co-editor y forma parte del consejo de redacción de la Revista Estudios Sociales. Ha publicado numerosos artículos en el país y en el extranjero. Es autor entre otros libros de *Estado y cuestión indígena. El destino final de los indios sometidos en el sur del territorio (1878-1930)* (Prometeo, Buenos Aires, 2010), coautor de *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén.* (Educo, Neuquén, 2008) y compilador de *Trabajadores y*

trabajadoras en la Argentina. Aportes para una historia social (Educo, Neuquén, 2011).

Perren, Joaquín: Doctor en Historia por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Profesor en Historia y Especialista en Historia Regional por la Universidad Nacional del Comahue. Miembro del Nodo "Centro de Estudios de Historia Regional" de la Unidad Ejecutoria en Red "Investigaciones Socio-Históricas Regionales" (CEHiR-ISHIR-CONICET). Docente e investigador de la Facultad de Humanidades y de la Facultad de Economía y Administración y de Humanidades de la Universidad Nacional del Comahue. Investigador Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Ha concentrado su investigación en las áreas de historia económica y demografía histórica de la Nortapagonia. Ha publicado artículos en revistas especializadas y escrito varios libros como autor, coautor o co editor: *Los estados del Estado. Instituciones y agentes estatales en la Patagonia, 1880-1940* (Rosario, 2013), *Las migraciones internas en la Argentina moderna. Una mirada desde la Patagonia* (Buenos Aires, 2012), *Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén* (Neuquén, 2008) y *Un conflicto social en el Neuquén de la confianza* (Neuquén, 2007).