



MAESTRÍA EN HISTORIA  
ÁREA DE POSGRADO  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
UNMDP

# La salud pública en contexto de reforma

El caso del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur  
(INAREPS - "ex Cerenil"). Mar del Plata, 1992-2002



TESISTA: LIC. JUAN PABLO UBICI  
DIRECTORA: DRA. ADRIANA ALVAREZ  
FECHA DE ENTREGA: 22 AGOSTO 2023

UNMDP  
Facultad de Humanidades  
Área de Posgrado  
Maestría en Historia  
Maestrando: Lic. Juan Pablo Ubici  
Directora: Dra Adriana Alvarez

**La salud pública en contexto de reforma**

El caso del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur  
(INAREPS - “ex Cerenil”). Mar del Plata, 1992-2002

Directora: Dra. Adriana Álvarez



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

MMXXIII

## CLÁUSULA DE COMPROMISO

*"Declaro que el material incluido en este Trabajo Final de Carrera es, a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propia elaboración (salvo en la medida en que se identifiquen explícitamente las contribuciones de otros), y que no he presentado este material en forma parcial o total, como una tesis, en ésta u otra institución".*

Juan Pablo Ubici  
DNI N° 37.867.607

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la educación pública y de calidad.*

*A mi directora y, a través de ella,  
a toda la comunidad de la UNMDP.*

*A la gran familia del Inareps.*

*A mi familia y amigos.*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

0.1. Definición del tema.	5
0.2. Estado del arte.	9
0.3. Marco teórico-metodológico.	10
0.4. Selección de fuentes y estructura de la tesis.	12

## CAPÍTULO 1

### LA REFORMA SANITARIA DE LOS AÑOS '90

1.1 El retorno democrático: Prolegómenos traumáticos.	15
1.2. De la Revolución Productiva a la Valorización Financiera.	21
1.3. Una cura para el 'elefante enfermo'.	29

## CAPÍTULO 2

### LA HISTORIA DEL INAREPS

2.1. Apuntes sobre la rehabilitación en Argentina: una mirada histórica.	41
2.2. De sociedad civil a centro nacional de rehabilitación.	44

## CAPÍTULO 3

### LOS CONFLICTOS ENTRE LA INSTITUCIÓN Y EL ESTADO REFORMISTA (1992-1999)

3.1. Nuevos aires en días de nevada.	52
3.2. El paradigma de la autogestión hospitalaria.	60
3.3. La segunda reforma del Estado.	65

## CAPÍTULO 4

### LA SALUD PÚBLICA ANTE EL CAMBIO DE MILENIO (1999-2002)

4.1. Crónica de un final anunciado.	74
4.2. ¡Salvemos al Hospital Público!	79

## CAPÍTULO 5

### CONSTRUYENDO IDENTIDAD EN TIEMPOS DE CAMBIO

5.1. El modelo médico hegemónico en disputa: debates y resistencias.	86
--	----

## EPÍLOGO

6.1. Lo que la reforma nos dejó.	98
6.2. Hacia una teoría social de la discapacidad.	102

## ANEXO

Entrevista a Daniel Palos y Laura Valente.	113
Entrevista a Daniel Barragán (ATE).	119
Entrevista a Silvia Orellana, María Teresa Battimo y Liliana Bauza.	122
Disposiciones gubernamentales.	126
La salud en época de ajuste.	136
Datos actuales sobre gasto y cobertura de la población.	139

## BIBLIOGRAFÍA

## FUENTES

142

149

## INTRODUCCIÓN

### 0.1. *Definición del tema.*

El 23 de agosto de 1973, la Organización de Países Árabes Exportadores de Petróleo (OPEP) se reunió en Riad y negoció en secreto un acuerdo por el que los árabes utilizarían el "arma del petróleo" como parte del inminente conflicto militar con Israel. Finalmente, en octubre de ese mismo año, la OPEP dispuso suspender sus envíos de petróleo a Estados Unidos, en represalia por el apoyo de Washington a Israel durante la guerra de Yom Kipur. Al mismo tiempo, decidió recortar su producción y fijar precios de exportación más altos, que pasaron de US \$2,90 a mediados de 1973 a US \$5,12 en octubre y a US \$11,65 en diciembre (Yergin, 1992).

La multiplicación por cuatro de los precios provocada por el embargo del petróleo árabe y la asunción por los exportadores del control completo para fijar esos precios, generaron grandes cambios en todos los rincones de la economía mundial. La historia de los veinte años que siguieron a 1973 “es la historia de un mundo que perdió su rumbo y se deslizó hacia la inestabilidad y la crisis”, resumió Eric Hobsbawm, en “La era de los extremos. El corto siglo XX” (1995: 403). El shock petrolero de 1973 es considerado un punto de inflexión en la historia económica del Siglo XX.

En Argentina, el impacto de la crisis petrolera se hizo sentir durante el tercer Gobierno peronista, que tuvo como primer ministro de economía a José Ber Gelbard. Los términos del intercambio, que habían favorecido al país durante los años precedentes, se revirtieron drásticamente a partir de 1974. El ajuste interno a las nuevas condiciones internacionales se demoró algunos meses, pero la acumulación de presiones inflacionarias finalmente estalló en junio de 1975. El “Rodrigazo”, que para muchos economistas marcó el inicio de la decadencia de varias décadas que ya lleva la economía argentina, también tuvo en su génesis la crisis petrolera que sacudió al mundo casi dos años antes.

En las postrimerías del siglo XX, en varios países de América Latina se dieron múltiples procesos que cuestionaron el rol del Estado benefactor. Finalizadas dictaduras que fueron sangrientas no sólo por la violación sistemática de los derechos humanos sino por los modelos económicos aplicados, los legados que dejaron se convirtieron en caldo de cultivo para las crisis que iban a sobrevenir en democracia.

En ese mismo tiempo y con el fin de encauzar los profundos desequilibrios fiscales y monetarios heredados, los nuevos gobiernos democráticos se encaminaron, con distinta rapidez y consistencia, hacia la ejecución de políticas públicas de ajuste fiscal que abrieron el camino a pensar y reformular los modelos de Estado vigentes desde décadas anteriores entre las cuales se encontraba la Salud Pública. Razón por la cual, se avanzó sobre una reforma sanitaria inspirada en la descentralización de los servicios sobre la base de la redefinición de las responsabilidades del Estado Nacional.

En la ciudad de Mar del Plata (General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires), uno de los mayores bastiones de conflicto y resistencia durante los años '90 en el área de la salud pública fue el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS “ex Cerenil”) no sólo en la escena local, sino con una fuerte repercusión mediática de alcance nacional junto a instituciones públicas como el Hospital Nacional Posadas (El Palomar, Morón, Provincia de Buenos Aires), el Hospital Nacional Montes de Oca (Torres, Luján, Provincia de Buenos Aires) y el Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer (General Rodríguez, Provincia de Buenos Aires)

Dicho proceso es objeto de interés de esta pesquisa, que se centra en analizar el impacto que tuvo la reestructuración de la salud pública en el INAREPS, específicamente entre los años 1993 y 2002. La selección del caso implica analizar una institución emblemática de América Latina, nacida como una Sociedad Civil sin fines de lucro (1952) que había sido cedida en 1976 al estado nacional; creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. Su historia se vio alterada a partir de la ley de transferencia de 1992 (Ley 24061 del 19/12/91), afectando el desarrollo cotidiano de la institución, al personal de salud y a la comunidad que acompañó las resistencias que se generaron desde ese ámbito ubicado en el sudeste de la provincia de Buenos Aires.

En efecto, la presente investigación, inscripta en el subcampo de la historia de la salud y la enfermedad, pretende reconstruir el impacto que tuvieron los reiterados intentos por aplicar dicha ley durante las presidencias de Carlos Saul Menem (1989-1999) y Fernando de la Rúa (1999-2003)<sup>1</sup>, en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS); prestando especial atención a la dinámica de conflictos, asociaciones, acuerdos y/o resistencias de cada actor social involucrado en el proceso estudiado; enmarcado, a su vez, dentro de un esquema más amplio de profundización de la descentralización del sistema de salud argentino.

---

<sup>1</sup> Se incluye, dentro del período de Fernando de la Rúa, su renuncia anticipada en 2001 y los sucesivos mandatos presidenciales que completaron el ejercicio en el poder ejecutivo nacional.

Se propone, como objetivos específicos, enmarcar el proceso desarrollado en el INAREPS en el contexto de la reforma sanitaria de los años 90; analizar el devenir institucional del INAREPS desde sus orígenes hasta la reforma de los '90; explicar el intento de transferencia de la órbita nacional a la provincial del instituto y los conflictos políticos y sindicales que esto generó en los años menemistas; analizar la escalada de conflictos a partir de 1999 hasta la eclosión de las redes institucionales, sociales y económicas de 2001; y, finalmente, ahondar en los efectos que tuvo la experiencia de la reforma a nivel micro institucional, enfocando especialmente en el proceso de conformación de un colectivo de profesionales de la salud, la participación de la comunidad civil y el rol desempeñado por pacientes y familiares en la conformación de la representación social de dicho proceso.

La elección del caso implica una historia “desde adentro” puesta en diálogo con una dinámica más general, es por ello que se parte de la hipótesis que los conflictos acaecidos entre el INAREPS y el Estado Nacional (a través del Ministerio de Salud y Acción Social) entre 1992 y 2002 fueron fruto de un intento deliberado de este último por modificar las reglas de juego políticas y sociales establecidas en los años de la segunda posguerra y reemplazarlas por un nuevo modelo basado, en este caso, en la profundización de la descentralización de los servicios de atención en la salud pública.

El enfoque escogido se justifica en que, a nivel historiográfico, los estudios han avanzado en el análisis general de esta reforma (Almeida, 2001; Belmartino, 2005, 2007, 2011; Isuani y Mercer, 1988; Molina y Tobar, 2018; Spinelli, 2010; Tobar, 1998, 2001, 2004; Visillac y Muchbinder, 1996). Sin embargo, investigaciones puntuales que muestren como transcurrió ese proceso en instituciones específicas aún son escasos (Crojethovic y Ariovich, 2006). Dicho enfoque puede aportar nuevas explicaciones sobre el rol de los actores involucrados, sus intereses, las tensiones y relativizar la mirada global y puntual sobre el periodo.

Otorgar historicidad a la problemática de la Reforma Sanitaria, implica analizar la emergencia de perspectivas críticas vinculadas a salud, enfermedad y atención médica que se generalizaron a partir de los años '70, abarcando cuestiones más amplias como las vinculadas a la eficacia de la planificación normativa y el debilitamiento de la confianza colocada en la ciencia y la tecnología como fundamentos no contradictorios de la promoción del bienestar social o del crecimiento económico.

Hacia principios de la década de los setenta (en el marco de un gobierno de facto), se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se



pudo alcanzar una extensa cobertura. Sin embargo, con el paulatino desarrollo de las obras sociales, el sistema fue adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron. A su vez, la falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completaban los rasgos del sistema.

En este sentido, tales procesos fueron previos y anticipatorios de los principios de la reforma en salud como movimiento internacional que se planteó a partir de los años '80. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica contribuyeron, durante la década de los '90, a ahondar aún más la fragmentación del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2000: 3).

Durante la década de los '90, bajo la presidencia de Carlos S. Menem (1989-1999), la descentralización se postuló como un discurso exitoso que proponía la contención del gasto social y la superación de una crisis socioeconómica aguda, el cual representaba la posibilidad de evitar un aumento de los impuestos y la reducción del control estatal centralizado sobre el sistema de provisión social. Al mismo tiempo, a partir de sus múltiples opciones y del carácter polisémico del término, operó no sólo como una forma de obtener mayores niveles de eficiencia en la administración de los servicios públicos, sino también como una forma democrática de aproximar las esferas decisorias a los ciudadanos fomentando una mayor identidad de intereses entre usuarios y administradores. Sin embargo, la descentralización de competencias a provincias y municipios que se realizó en áreas vinculadas a la salud, la educación y la vivienda, trajo consigo el problema de la no transferencia de los recursos necesarios a las jurisdicciones respectivas.

El proceso de reformulación del sector salud debe analizarse entonces como parte integrante de la agenda que operó transformaciones en la economía, el Estado y la sociedad; la cual implica tanto la redefinición del rol del sector público fijando nuevos límites a la intervención estatal, como la reorganización del funcionamiento de sus instituciones. En el marco de esta reforma del Estado de corte más general, se produjo un desplazamiento en la concepción acerca de la salud, conformándose un criterio general en el cual pasa a considerarse un tema de incumbencia mayormente individual. Así pues, las medidas implementadas tenían como objetivo explícito, en términos de S. Belmartino (2011), transformar las reglas de juego que ligaban a las instituciones que históricamente

conformaron el campo de la atención médica bajo el supuesto de que ello produciría una mejora en los niveles de eficacia, eficiencia, equidad y calidad de las prestaciones.

En paralelo a las evidencias de agotamiento de las formas organizativas, los médicos debieron soportar severos cuestionamientos vinculados con la eficacia y eficiencia de su práctica, que se tradujeron en una cierta deslegitimación de las reivindicaciones históricas de la medicina, fundadas en su presunta capacidad de resolver la totalidad de la problemática de salud-enfermedad (Belmartino, 2011: 223).

## *0.2. Estado del arte.*

En la agenda de indagaciones sociales, el área de estudios relativa a la Historia de la Salud durante la última década del siglo XX presenta una gran deuda en Argentina. No obstante, no se puede soslayar que una serie de trabajos de investigación clave en el desarrollo del campo. Para la presente indagación, devienen fundamentales los estudios de S. Belmartino (2005; 2011), S. Belmartino y C. Bloch (1993; 1994) F. Tobar (1998; 2001a; 2001b; 2004) y K. Ramacciotti (2009), en particular sus abordajes centrados en la historia de las transformaciones del sistema de salud y las reconfiguraciones que se suscitaron a mediados de siglo y en la última década del siglo XX en la región latinoamericana y Argentina, específicamente. En este aspecto, resulta fundamental el abordaje de Cueto y Palmer (2016), en especial sobre la reforma estatal y los organismos internacionales para ver cómo se emplean los conceptos de cultura de la supervivencia o salud para la adversidad. De acuerdo con los autores, la mayor parte de las intervenciones estatales en salud de la región se han caracterizado por la discontinuidad y la fragmentación, lo que ha dado lugar a la conformación de una asistencia limitada, paliativa y temporal. Pero también, y es aquí donde radica una de las más importantes aportaciones del libro, los autores documentan de manera magistral las múltiples y variadas respuestas y propuestas a través de las que se ha procurado privilegiar la atención primaria de salud en la región, lo que denominan “salud en la adversidad”.

Se resalta la importancia que adquiere la puesta en análisis de las trayectorias diferenciales de dicho proceso en cada subsector que lo conforma, puesto que estas dinámicas particulares se vinculan con determinadas dinámicas sociales y económicas. Aunque son relativamente escasos los estudios puntuales sobre este proceso en el área de la salud pública,

retomamos las contribuciones de Molina y Tobar (2006; 2018), Crojethovic y Ariovich (2006), Stolkiner (2001) referidas al proceso de descentralización y autogestión hospitalaria.

A nivel del INAREPS, la historiografía ha sido muy prolifera, donde se reconstruye y explica la importancia que esta institución tenía desde su fundación hasta el período tratado (Álvarez, 2011, 2013, 2015, 2018). Si bien estos trabajos han sido pioneros, es precisamente su lectura lo que ha generado algunos de los interrogantes que formaron parte de mi trabajo en la tesina de licenciatura y que transversalizan el abordaje de esta propuesta. A nivel general, la inquietud que ha dinamizado esta investigación tiene que ver con visualizar de qué manera reconfiguró la reforma de salud a los distintos actores sociales e institucionales involucrados y si realmente existió una voluntad superadora de cambio en el sistema sanitario o se trató de un discurso legitimado desde lo económico para modificar las fronteras públicas.

Por lo tanto, se busca responder las siguientes preguntas que aún presentan una vacancia en la historia institucional: ¿en qué grado se materializó o se puso en tensión la propuesta reformista de los '90 con el caso local del INAREPS?, ¿Cuál fue el rol social y/o político de cada actor involucrado en el proceso analizado? y ¿Cuál fue la mirada política y el impacto que tuvo sobre la discapacidad las medidas que afectaron concretamente a la institución analizada? .

### 0.3. *Marco teórico-metodológico.*

Se procura escapar a la construcción de un abordaje histórico lineal. No se intenta recoger, ordenar y clasificar la “evolución” del INAREPS durante los años '90 ni construir una especie de dicotomía rupturista entre modelos macroestatales y económicos (bienestar, neoliberal, etc.), exentos de dinámicas que permitan vislumbrar las acciones y respuestas de los distintos actores involucrados. Es por ello que se toman una serie de formulaciones teóricas que, lejos de forzar su adaptación al estudio propuesto, brinden herramientas elementales para la investigación.

En primera instancia, se parte desde una perspectiva microhistórica con un estudio de caso que busca plasmar su especificidad y como una posibilidad de aportar desde la particularidad de los procesos económicos, sociales, políticos, y culturales, cuestiones que complementen y/o pongan en duda verdades instituidas como tales en las versiones más generalizadas de la historia (Bandieri, 2021). Es decir, a partir del estudio del INAREPS en la

década de los '90, no se busca un ejemplo concreto que explique generalizaciones a nivel nacional o regional, sino dar cuenta de su propia especificidad y visibilizar la experiencia de los actores involucrados en el proceso reformista; dentro de un contexto puesto en diálogo y/o tensión con una dimensión espacial y temporal más amplia.

La investigación propuesta gravita en los intersticios sobre la historia de la salud, las políticas de Estado y la historia de la discapacidad. Desde allí, se propone examinar la complejidad histórica de los procesos de transformación estatal a partir de dos grandes formulaciones para generar un estudio más comprensible y sensible al tema de la salud-sociedad. Por un lado, las relaciones sociedad-estado desde una perspectiva antropológica del estado dan cuenta de la diversidad y complejidad de actores involucrados, centrando su atención en los intereses e intenciones que los diversos actores tienen y de las estrategias que establecen para alcanzar sus objetivos. En las últimas décadas se ha desarrollado cierto consenso en comprender al Estado y a la sociedad como arenas o campos de disputa de diversos actores y proyectos, o como redes compuestas de diversos tipos de actores y organizaciones, con una historicidad y un desarrollo específicos y mutuamente determinados (Hevia de la Jara, 2009).<sup>2</sup> En efecto, algunos antropólogos han abordado de manera productiva el tema de "cómo funciona una entidad translocal, como el Estado, que se vuelve visible en lugares distantes a través de prácticas localizadas. A partir de este enfoque, destacan correctamente la importancia de que cualquier teoría sobre el Estado debe considerar su formación a través de un conjunto complejo de representaciones y prácticas que se entrelazan espacialmente de manera complicada" (citado en O'Donnell, 2008: 20).

Por otro lado, se utilizará la Teoría de los Juegos como herramienta para dar cuenta de la interdependencia de los intereses contrapuestos. Resulta de gran interés proceder al análisis de las consecuencias prácticas derivadas puesto que se aproximan al interrogante de cómo la toma de decisiones estratégicas, ante una situación de conflicto como fue el período reformista estudiado, debe tener en cuenta no sólo el impacto, sino fundamentalmente la influencia ejercida hacia el resto de los agentes involucrados en sus actuaciones y negociaciones (Zarpadiel Quirós, 2014).

A partir de los objetivos propuestos, se plantea la necesidad de basar un enfoque que sea interdimensional y permita obtener una visión del todo, es decir, concebir el

---

<sup>2</sup> Desde una perspectiva antropológica, hay quienes sostienen que la única realidad del Estado se reduce a su manifestación fragmentada y cada vez más fugaz en los encuentros con algunos de sus funcionarios, sin que haya algo sustancial detrás de ello. En este trabajo, la perspectiva antropológica del Estado, implica una metodología individualista y que no desconoce categorías estructurales como Estado, grupos, sectores o instituciones, pero entiende al individuo en interacción y con capacidad de agencia como el último componente de análisis de cualquier investigación en las ciencias sociales.

funcionamiento global de lo que se pretende estudiar como una realidad sincrónica compuesta por diversos componentes o partes independientes, donde la significación de un acontecimiento no se busca aisladamente, sino en la totalidad en que está integrada. Por otra parte, el análisis sincrónico debe ir acompañado de un análisis diacrónico-histórico, reflejando así la dinámica del proceso estudiado. Con lo cual, no es sólo “una mera yuxtaposición entre los conceptos de sincronía e historicidad, sino que ambos conceptos se complementan y actúan en forma sinérgica, donde cada uno se nutre del otro” (Lanza Vázquez, 2017: 19 y 20).

#### 0.4. *Selección de fuentes y estructura de la tesis.*

Se trabajará con un conjunto de fuentes delimitado y clasificado según una lógica que parte desde una perspectiva general hacia lo particular. En el capítulo 1, se analizará la reforma sanitaria a través de la inserción de los organismos internacionales (Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud) a través de sus informes para la readecuación de los sistemas sanitarios en la región. Se pretende poner en tensión dichas recomendaciones con la adopción y postura tomada por nuestro país a través de distintas propuestas e informes, estadísticos públicos y privados, ligados al sector (FIEL, COFESA y PRESSAL), junto con las disposiciones tomadas por el gobierno nacional en la última década del siglo XX a través de fuentes oficiales (Decretos de Necesidad y Urgencia, Leyes Nacionales y los boletines del Ministerio de Salud y Acción Social).

La dimensión institucional del INAREPS será estudiada desde diversos ángulos. En el capítulo 2 se ahondará sobre las principales formulaciones teóricas que componen el campo de la rehabilitación médica, estableciendo un profuso recorrido histórico puesto en diálogo con la emergencia e importancia sociocomunitaria del Centro de Rehabilitación del Niño Lisiado (Cerenil), desde sus inicios como sociedad civil hasta su conformación como centro nacional de rehabilitación.

En el capítulo 3 se analizará el clima de época y los conflictos político-sindicales a partir de diarios de la época de alcance nacional y local. Asimismo, nos valdremos de la

Historia Oral al realizar una serie de entrevistas semiestructuradas<sup>3</sup> a trabajadores de la salud, referentes profesionales directivos de la institución y dirigentes sindicales de la Asociación de Trabajadores del Estado-ATE que den cuenta del rol desempeñado por los trabajadores de la salud y su vinculación sindical durante el período estudiado. En este sentido, es muy interesante señalar que “el elemento singular y precioso que las fuentes orales imponen al historiador, que ninguna otra fuente posee en igual medida, es la subjetividad del hablante (...). Las fuentes orales nos dicen no sólo lo que hizo la gente sino lo que deseaba hacer, lo que creerán estar haciendo y lo que ahora piensan que hicieron (...). Lo realmente importante es que la memoria no es un depósito pasivo de hechos, sino un activo proceso de creación de significados” (Portelli, 1991: 42 y 45).

El capítulo 4 estará centrado en la escalada de conflictos durante la presidencia de Fernando de la Rúa (1999-2001), conocida como los años de la *Alianza*. Si bien se trata de un período breve, la multiplicidad de discrepancias entre el INAREPS y, en general, el sector de la salud pública en diálogo con diversos sectores sociales frente al gobierno de turno, que eclosionaron en la crisis de diciembre de 2001, ameritan dedicarle un apartado en específico.

El capítulo 5 abordará las experiencias y perspectivas de las profesionales de la salud, analizando los desafíos, tensiones y luchas que enfrentaron en el contexto de las reformas de los '90. Se buscará comprender cómo estas profesionales contribuyeron a la redefinición de su profesión y a la consolidación de la identidad y relevancia del INAREPS en el sistema de salud argentino. Además, se explorará cómo el modelo médico hegemónico influyó en su práctica profesional en medio de un contexto de cambios y disputas institucionales internas.

Finalmente, el epílogo pone en balance los alcances de la investigación, plantea nuevos interrogantes e indaga sobre las principales secuelas que la década reformista representó en el caso analizado. En primer lugar, se visibilizan los avatares que se dieron en la conformación de una identidad profesional médica en los marcos de una lucha gremial e institucional que actuó como agente organizador y contribuyó a fortalecer los lazos de solidaridad y cooperación entre los/as profesionales, los/as pacientes y la comunidad civil en su conjunto.

En segundo lugar, se aborda la discusión actual sobre la concepción sociopolítica de la discapacidad y su crítica a la ideología de la normalidad. A partir de los resultados obtenidos en los capítulos anteriores, se muestra que la discapacidad es una construcción

---

<sup>3</sup> Las entrevistas semiestructuradas ofrecen un margen de maniobra considerable al investigador para sondear a los encuestados, además de mantener la estructura básica de la entrevista. Aunque se trate de una conversación guiada entre investigadores y entrevistados, se ofrece una flexibilidad apreciable a los investigadores.

social arraigada en relaciones de poder y desigualdades sociales, que desafían las concepciones tradicionales que la asocian exclusivamente con deficiencias individuales. Por último, se reflexiona sobre el papel del Estado y sus políticas en la creación y perpetuación de la discapacidad, así como la necesidad de promover una visión inclusiva y respetuosa de la diversidad.

## CAPÍTULO 1

### LA REFORMA SANITARIA DE LOS AÑOS '90

#### *1.1 El retorno democrático: Prolegómenos traumáticos.*

Analizar el profundo proceso de transformación estatal, y específicamente del sistema de salud, implica en primera instancia atender a fenómenos económicos, sociales e institucionales que pusieron en tensión las relaciones establecidas entre los distintos actores involucrados; para aproximarse hacia una comprensión interdimensional que intente dar respuesta a los procesos de legitimación y a las nuevas formas de apropiación que se consolidaron con la reforma integral del Estado.

Los años '80 en Latinoamérica son conocidos en la literatura especializada como *la década perdida*, por tratarse de un ciclo marcado por bajo crecimiento económico y diversos problemas estructurales entre los que destacaba la elevada inflación y deuda externa.

Los primeros años de la nueva etapa democrática iniciada en Argentina en 1983 fueron bastante complicados para gobernar. El 30 de octubre de 1983 Raúl Alfonsín logró triunfar allí donde tantos habían fracasado en las décadas anteriores: derrotó al peronismo en elecciones limpias, sin restricciones, reuniendo nada menos que el 52% de los votos contra el 40% de Ítalo Luder. Alfonsín (1983-1989) se transformó así en el protagonista de una transición que la ciudadanía vio como la solución de los males acumulados durante décadas de inestabilidad institucional y violencia. En este marco, el líder radical contribuyó a cargar a la joven democracia con expectativas muy difíciles de satisfacer. Una de las prioridades del nuevo gobierno fue juzgar a los principales responsables del terrorismo de estado. La creación de la Conadep<sup>4</sup> y el juicio a los ex comandantes fueron contundentes logros de esta política. Pero no impidieron que Alfonsín quedara pronto atrapado entre las presiones del movimiento de derechos humanos para ampliar los juicios y las de los militares por detenerlos (Novaro, 2010).

En lo económico, aunque Alfonsín buscó conciliar el control de la inflación con el aumento del empleo y los salarios, para probar la comunión entre democracia y justicia social, los resultados fueron decepcionantes. La política fiscal expansiva de Alfonsín rápidamente condujo a un cuadro de fuerte déficit fiscal, dado que los recursos tributarios

---

<sup>4</sup> Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas.



escaseaban en una economía estancada y presionada por la fuerte deuda pública<sup>5</sup>. Sin fuentes de financiamiento internas o externas solo dejaba una salida: la monetización del déficit vía emisión monetaria. Desde 1983 hasta 1991 Argentina acumuló un crecimiento económico casi nulo, un ostensible aumento de la pobreza urbana y dos episodios hiperinflacionarios graves entre 1989 y 1990 (Crojethovic y Ariovich, 2006: 5).

El fenómeno hiperinflacionario desatado en 1989/1990 resultó único en la historia argentina. Sus implicancias no sólo fueron estrictamente económicas por los perjuicios que provocó en todo el sistema productivo; sino también políticas, pues la primera fase de la hiperinflación (junio-julio 1989) terminó de debilitar a un Gobierno cuya capacidad de respuesta ya estaba gravemente afectada, forzando un adelantamiento en la entrega del poder al Presidente electo del partido opositor. Hacia el futuro, por lo que vivió Argentina en los años '90, la hiperinflación dio argumentos para aplicar sin anestesia un modelo de privatizaciones, desregulación, flexibilidad laboral y dólar barato con convertibilidad en un contexto de retiro casi absoluto del Estado en funciones esenciales.

Sin embargo, a la hiperinflación no se llegó abruptamente. Fue un proceso de años con factores diversos que influyeron: alto endeudamiento, estancamiento económico, desinversión en bienes de capital e infraestructura y un grave desequilibrio fiscal y de balance de pagos. En efecto, los precios no dieron tregua salvo algunas épocas de muy relativa estabilidad. Cada retorno de la inflación fue con más intensidad, precedida de fuertes devaluaciones de la moneda y desconfianza generalizada (Krikorian, 2010).

Hacia 1985 el Ministro de Economía Bernardo Grinspun renunció, asumiendo un técnico con formación estructuralista que hasta entonces era Secretario de Planificación: Juan Vital Sourrouille. Sourrouille apostó a un esquema que no sería gradualista sino de shock. Así vio la luz en junio de ese año el *Plan Austral*, que combinó medidas típicamente monetaristas (compromiso de reducción del gasto público con eliminación del déficit fiscal y cero emisión de moneda con ese fin), con medidas más heterodoxas (congelamiento de precios de bienes, tarifas de servicios públicos y salarios). Además, se aplicó un desagio para desindexar obligaciones de ejecución contraídas antes del Plan.

En 1986 comenzaron a hacerse correcciones. Nació el *Austral II*, mientras lentamente se diluían los logros del Austral original. Los controles iban cediendo, básicamente por la presión de los formadores de precios y los sindicatos, al compás de un incipiente rebote

---

<sup>5</sup> La deuda argentina en 1983 era de aproximadamente U\$S 45.000 millones y fue destinada por la Dictadura a fines que nada tenían que ver con incrementar la capacidad de producción del país para estar en mejores condiciones de pagarla: financiar la especulación por medio de la tablita cambiaria, realizar obras públicas improductivas o absorber y estatizar deuda externa privada (Azpiazu, 1991).

inflacionario. Dos años más tarde, hubo nuevos intentos por detener la espiral de la inflación mediante el anuncio del *Plan Primavera*, con medidas de ajuste, racionalización del gasto público, modificación del régimen cambiario con los dólares comercial y financiero y un nuevo acuerdo Stand By con el FMI (Damill y Frenkell, 1990).

La situación general tendía a empeorar y el clima de desconfianza de los grandes grupos económicos se expresaba a través de compras de dólares en cantidades cada vez más importantes que iban agotando las reservas internacionales del Banco Central.<sup>6</sup> Tampoco ayudaron el adelantamiento de las elecciones presidenciales que debían ser en octubre y se realizaron en mayo pensando que así el oficialismo tenía más chances de ganar ante la creciente figura de Carlos Menem dentro del Partido Justicialista.

Durante los fatídicos meses de 1989, el país vio pasar dos Presidentes del Banco Central y tres Ministros de Economía. Primero se fue Juan Sourrouille, en una suerte de golpe de timón del Presidente Alfonsín con el objeto de que la economía fuera manejada con la mirada de un político y no de un técnico. A Sourrouille lo sucedió alguien con el perfil buscado: Juan Carlos Pugliese, histórico dirigente de la UCR. Nada pudo hacer porque evidentemente la situación era incontrolable. En esos días cuando se le preguntó por la escalada del dólar pese a su exhortación a quienes mantenían en estado de ebullición el mercado cambiario, para que redujeran los niveles de compra, pronunció una frase que quedó grabada para aquellos tiempos: “Les hablé con el corazón y me respondieron con el bolsillo”. Pugliese finalmente renunció, siendo reemplazado en junio por un joven economista radical de la Capital Federal y diputado nacional: Jesús Rodríguez, en un contexto de inflación que llegó a su más alto índice mensual de 196,6% (Krikorian, 2010: 539 y 540).

En suma, la hiperinflación de 1989/90 fue un punto de inflexión histórico en el que tuvieron gravitación gruesos errores en materia económica y el aprovechamiento de la situación por parte de ciertos intereses económicos y políticos. Atravesar una experiencia hiperinflacionaria significó también haber llegado al límite de lo que un país podía estar dispuesto a soportar respecto de la suba de los precios y la continua inestabilidad socioeconómica. Por otra parte, creó las condiciones para profundizar lo que en años anteriores había comenzado a insinuarse: una reformulación drástica de las funciones económicas y sociales del Estado.

---

<sup>6</sup> Muy comentada ha sido la actitud de Domingo F. Cavallo, quien habría realizado gestiones para que no le prestaran dinero al país en esos momentos. Lo cierto es que en enero de 1989, cuando no había transcurrido ni la mitad del Acuerdo Stand By que debía estar vigente hasta mayo, el FMI lo canceló, tornando mucho más grave el cuadro existente.

En efecto, la crisis macroeconómica del país y la inestabilidad inflacionaria coincidieron con el progresivo deterioro financiero y organizacional del sistema de salud. La sobreoferta de tecnología incorporada en forma masiva e indiscriminada en el sector privado, producto de las políticas de liberación de los mercados y sobrevaluación de la moneda de finales de los años '70, precipitó la crisis de financiamiento de las obras sociales, las cuales comenzaron a poner freno a su cobertura y a incorporar copagos. Esta situación se aceleró al reducirse el número de aportantes a las obras sociales como resultado de los niveles crecientes de desempleo, subempleo y el consiguiente aumento del trabajo por cuenta propia. Frente a la retracción de las obras sociales, hacia fines del '80 se llegó a una acelerada transferencia de demanda desde el sector privado al público, el cual debió enfrentar mayores demandas por servicios con un gran déficit de capacidad instalada, insumos y crisis fiscal. (Demarche, 2004: 14).

Un nuevo paradigma sanitario se impuso al ocaso de los ochenta y con mayor énfasis durante la década de 1990. La premisa mayor consistió en reformar los sistemas de salud debido a que cada vez resultaban más caros y sus rendimientos sanitarios eran decrecientes e ineficientes. En ese contexto, los procesos descentralizadores en salud se expandieron rápidamente por todo el mundo asumiendo un papel central en la epidemia reformista. (Tobar, 2004: 38).

Así pues, las políticas de salud fueron presentadas como asuntos técnicos, como fórmulas estandarizadas para afrontar los desafíos del reacomodo de la intervención del Estado en lo social, las crisis de financiamiento público y los criterios que debían orientar la configuración de los servicios. Este enfoque tecnocrático pasó por alto las implicancias de las transformaciones en la mercantilización de la salud y oscureció la dimensión política de la actividad del Estado.

Así lo expresó un documento conjunto elaborado por diversas agencias internacionales:

La reforma sectorial es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado

realizado durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y lo viabilizan (BID *et al*: 1995: 6).

La literatura especializada reemplazó el término “reforma sanitaria” por el de “reforma de los sistemas de servicios de salud”. En términos generales, se entendió por tales a transformaciones más o menos amplias, fuertemente vinculadas con procesos externos al sector salud (cambios de contextos económicos, políticos, ideológicos y sociales) que introdujeron modificaciones en la concepción doctrinaria –cómo se definió el derecho a la salud-, la estructura de poder sectorial, las bases financieras y la lógica sistémica -que involucró desde el marco institucional, pasando por la organización de los modelos de atención, hasta la definición de la cobertura poblacional- (Almeida, 2001).

Pero respondían también a un objetivo implícito, con mayor influencia en la toma de decisiones, y que signó también los procesos de reforma que se plantearon entonces en el campo de la previsión social: la apertura del mercado de capitales por vía de la desregulación de las actividades económicas (Tobar, 1998). Más aún, la tendencia que se planteó, a partir de entonces, fue la creciente incorporación de actores provenientes del ámbito financiero, quienes centraron el interés en un sector que resultó, bajo ciertas condiciones, un área atractiva para la inversión económica y la obtención de rentabilidad. Entre los agentes financieros cuya presencia se destacó como novedosa estuvieron los representantes de la banca internacional, el mercado asegurador y los administradores de redes o gerencadoras que cobraban de la entidad aseguradora un monto capitado y subcontrataban a su vez prestadores a los cuales les pagan por prestación (De Lellis, 2004: 13).

Coincidentemente, en ese mismo período los organismos internacionales en la materia como la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), encargados de formular lineamientos generales de políticas públicas de salud, asistieron a una declinación de su hegemonía, iniciando los organismos financieros internacionales su período de influencia sobre el sector. Un indicador sintomático de dicha situación fueron los variados documentos publicados por organismos de crédito internacional, que procuraban constituirse en la fuente rectora de las políticas de salud, tales como el Informe Anual del Banco Mundial del año 1993, cuyo título fue *Invertir en salud* con recomendaciones sobre política sanitaria, en especial, para los países en vías de desarrollo. Sintéticamente, dicho organismo propuso mejorar el entorno económico de las unidades familiares, reorientar el gasto público en función de costos y eficacia y facilitar la mayor

diversidad y competencia en el financiamiento y prestación de los servicios de salud (Banco Mundial, 1993).

En este sentido, los gobiernos debían financiar servicios públicos esenciales de bajo costo -la descentralización administrativa y presupuestaria estatal, transferir y fortalecer el mercado de seguros privados- dirigidos a controlar el gasto público. Asimismo, se recomendó reducir el gasto en establecimientos de nivel terciario, en la formación de especialistas y en las intervenciones que aportaran escasa mejora en relación a los egresos generados y se alentó la privatización de servicios no incluidos en los esenciales, en la competencia en la provisión de servicios clínicos, suministros de insumos y medicamentos; todo en el marco de una apertura económica internacional liberada de las trabas nacionales (Banco Mundial, 1993).

En 1997 la OPS publicó un documento de cooperación ante los procesos de reforma, en la misma orientación del Banco Mundial. La OPS señaló que “la crisis de la década anterior y los procesos de consolidación democrática en los ‘90, la modernización del sector público y la recuperación de la actividad económica, afectaron directamente al sector salud, originando un proceso de reforma orientado en el reordenamiento económico, el gasto público, la búsqueda de eficiencia, efectividad y sostenibilidad, la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales” (OPS, 1997).

Si bien existen evidencias de que los mejores resultados sanitarios se asocian principalmente con la administración eficiente de los recursos invertidos más que con la cantidad absoluta de los mismos y que ellos implica la necesidad de modificar las formas de organización del sistema, cabe señalar la intensa presión internacional para que todos los países se incorporaran por igual a un similar proceso de reforma en sus sistemas de salud, independientemente de sus indicadores sanitarios.

Así, la necesidad de reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas más sustentables se centró en los esfuerzos para disminuir el tamaño del sector público, aislar al Estado de las presiones de los intereses particulares, adecuar su actividad a reglas y no a decisiones discrecionales, y delegar decisiones a agencias independientes que no tuvieran incentivos para someterse a presiones políticas. Esto significó la disminución de las actividades tradicionalmente asignadas al sector público, limitando su actuación a aquellas acciones que le son “propias”, con la expectativa de aumentar la eficiencia. La elaboración de esas propuestas de reforma centró su crítica en el lado de la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en la protección social vinculada al Estado de Bienestar (De Lellis, 2004: 14).

## 1.2. De la Revolución Productiva a la Valorización Financiera.

Luego del primer período democrático, en el que la administración de Raúl Alfonsín concentró sus mayores esfuerzos en las decisiones político-institucionales de la transición democrática, pero sin lograr gobernar eficazmente una transición económica que concluyó en hiperinflación y en la interrupción anticipada del mandato presidencial, el primer gobierno de Carlos Menem (1989-1995) se abocó de inmediato a enfrentar la emergencia económica desplegando un drástico proceso de reformas de estado y mercado que transformó de raíz la estructura económica y social del país.

Para aplicarlas, el Ejecutivo apeló recurrentemente a la delegación legislativa y al decreto presidencial, postergando para ello al Congreso, alegando a su favor la objetiva necesidad y urgencia de las medidas a tomar. Tal estilo decisionista de gobierno contó desde el inicio de la gestión de Menem con un crédito político poco común: el que le otorgaba la tradicional influencia del justicialismo, el partido oficial, sobre los trabajadores y los sectores más postergados socialmente, más que nunca urgidos a relegar sus demandas a cambio de un rápido freno a la hiperinflación. “Con esa base social en su activo, el gobierno no tardó en tejer una inédita alianza con el *establishment* económico local, rápidamente aplaudida por las finanzas internacionales” (Castiglioni, 1996: 2).

Es decir, estas reformas estructurales contrastaban con las tradicionales políticas económicas asociadas a su espacio, el peronismo, que se había caracterizado históricamente por la presencia de un Estado fuertemente intervencionista y distribucionista con eje en el mercado interno y la inclusión social. El menemismo, en cambio, no dudó en privatizar casi la totalidad de las empresas estatales, flexibilizar el empleo, liberalizar el mercado interno, desplegar una apertura financiera al capital transnacional y desregular la economía (Fair, 2008).<sup>7</sup>

A partir de esta etapa, y especialmente desde la implementación del Plan de Convertibilidad, en 1991, estas reformas de mercado llegarán a su máxima expresión. Como consecuencia, se terminó por descomponer la antigua matriz estadocéntrica de posguerra, consolidando el proceso de transformación estructural iniciado a mediados de la década del '70. Aunque existen algunos antecedentes que se remontan al denominado *Rodrigazo*, que devaluó en 1975 un 40% la moneda sin incrementar salarios de manera análoga, los primeros gérmenes de políticas de reforma de mercado en Argentina comenzaron a aplicarse durante la

---

<sup>7</sup> Estos ajustes y reformas estructurales no se aplicaron de manera sistemática y consistente en aquél período. Por el contrario, existieron marchas y contramarchas que lejos estuvieron de la idea reduccionista de aplicación de un “modelo” neoliberal monolítico y estable.

última dictadura militar iniciada en marzo de 1976. El denominado Proceso de Reorganización Nacional tenía como objetivo llevar a cabo una reestructuración que terminara con las políticas redistributivas asociadas al peronismo, favoreciendo el disciplinamiento de la sociedad. Así pues, la reforma financiera de 1977 y de la apertura comercial y financiera de 1979 se caracterizaron por la violenta redistribución del ingreso en contra de los asalariados y con el rol del Estado como canalizador de recursos a los sectores más concentrados del capital nacional y extranjero, a través de subsidios como la promoción industrial, las transferencias al sistema financiero y el pago de intereses a los titulares de la deuda externa. Así pues, se buscó generar una mayor concentración y centralización del capital, acrecentando el poder económico de un nuevo actor social: el capital financiero (Rapoport, 2000).

Con el retorno de la democracia, si bien el discurso reformista y la valorización financiera perdieron relevancia, al ser asociado por el radicalismo al fracaso del Proceso, se colocó nuevamente como prioritario en la agenda pública con el fracaso del denominado *Plan Austral* en controlar la creciente tasa de inflación.

Como se ha analizado, las crisis hiperinflacionarias de 1989/90 constituyeron un momento clave en el proceso abierto por la dictadura militar porque en esos años, a través de la quiebra del Estado que garantizaba ese funcionamiento económico y social específico, se pusieron de manifiesto los límites que enfrentaba la valorización financiera. Estructuralmente, el colapso estatal se generó por la imposibilidad de mantener las notables y crecientes transferencias hacia los sectores dominantes cuando sus ingresos estaban vinculados, principalmente, con una masa salarial decreciente. En otras palabras, no podía seguir pagando los intereses de la deuda externa y subsidiando los programas de capitalización de la deuda externa y, al mismo tiempo, continuar con los subsidios implícitos de los regímenes de promoción industrial, mantener los sobrepagos a los proveedores estatales y enfrentar los intereses de la deuda interna (Basualdo, s./f.).

Según Rapoport, “la hiperinflación es comparable a la guerra, porque predispone a la población a aceptar medidas que antes hubiera rechazado con tal de poner fin a la traumática experiencia.” (2010: 11). Así pues, este efecto operó sobre la sociedad argentina, que inició un nuevo ciclo económico en el que la inflación, como problemática central del desarrollo nacional, vino aparejada de un proceso discursivo que permitió legitimar la reestructuración estatal.

En palabras de Juan Llach, secretario de Programación Económica (1991-1996) y viceministro de Economía (1996), la causa fundamental de la continua inestabilidad

económica y procesos inflacionarios tenían una relación directa con el surgimiento del Estado Benefactor y sus políticas deficientes y deficitarias. Es decir, para ese entonces, el Estado, que alguna vez había sido el garante de igualdad política y social, pasaba a ser el principal responsable del estancamiento económico que se había profundizado exponencialmente desde 1930. Por lo cual, era menester desde esta mirada una profunda reforma estatal que asegurara liberar una vez más las fuerzas productivas y ponerle fin a la participación estatal que, en última instancia, había desvirtuado sus funciones esenciales para ser un organismo deficitario y único responsable de la presión hiperinflacionaria. (Llach, 1997).

No obstante la magnitud y el efecto generado por las reformas, el Presidente Carlos Menem obtuvo y logró mantener en el tiempo el respaldo de una amplia y heterogénea gama de sectores sociales, que incluyó desde los sectores populares hasta los grandes grupos empresariales del capital concentrado. (Fair: 2007). Es decir, el menemismo articuló al conjunto de la sociedad y los diversos sectores que la componían bajo una misma lógica operativa –no exenta de intereses contrapuestos- que le permitió consolidarse y generar, al menos en un principio, pocos o nulos cuestionamientos a las políticas llevadas adelante.

Sin embargo, en un primer momento, entre 1989 y 1991, el consenso de esta amplia coalición social resultó precario y endeble, lo que se expresó en un retorno a la hiperinflación y una desarticulación de las distintas fracciones del bloque de poder empresarial. De hecho, durante la campaña presidencial, la retórica menemista apelaba a los sectores populares y a la unidad nacional bajo las consignas de *revolución productiva* y *salario* como forma de superar la crisis hiperinflacionaria que se vivía durante los últimos años de la presidencia de Raúl Alfonsín. En este sentido, el diario *El País* señalaba:

*Menem llama a los argentinos a la “revolución productiva”.*<sup>8</sup>

El candidato del Partido Justicialista (peronista), Carlos Saúl Menem, será el nuevo jefe de Estado de Argentina, tras la amplia victoria obtenida sobre su rival de la Unión Cívica Radical (UCR, en el poder), Eduardo Angeloz, en las elecciones presidenciales del pasado domingo. (...) Desde la provincia de La Rioja, de la que es gobernador, Menem, abogado de 58 años, formuló llamamientos a la unidad nacional y dijo que esperaba que en dos o tres años comenzarían a notarse los efectos de su gestión. Y agregó: "Convoco a todos los argentinos, sin tener en cuenta cuestiones ideológicas, a poner en marcha la

---

<sup>8</sup> Disponible en: [https://elpais.com/diario/1989/05/16/portada/611272801\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1989/05/16/portada/611272801_850215.html) Consultado en marzo de 2020.



revolución productiva en base al pacto político, económico y social". (1989: 4, 5, 68, 69)

Como medida de disciplinamiento, el poder económico concentrado apeló a su poder de veto y capacidad de desestabilización, ejerciendo presión para generar una huida generalizada de la moneda local hacia divisas internacionales. Fue entonces que la inflación se disparó, provocando el colapso de las finanzas públicas y una caída sistemática del poder adquisitivo del salario, el tipo de cambio se devaluó sucesivamente y se generó un profundo debilitamiento de las instituciones públicas. En ese cuadro de situación, Menem, una vez asumida la presidencia abandonó el discurso por el cual había llegado al cargo y propuso una reforma del Estado junto con un programa de estabilización, en el marco del *Consenso de Washington*.<sup>9</sup>

Así pues, con índices que llegaron a 114,5% en junio de 1990, sumando un total de 613% en sólo 6 meses, y mientras muchos de sus votantes esperaban el *Salariozo* y la *Revolución Productiva*, prometidas durante la campaña electoral, Menem emprendió el rumbo contrario. Con el respaldo de los grandes empresarios, expresado en la incorporación a su gobierno de directivos del conglomerado Bunge & Born, y de Álvaro Alsogaray –representante de la tercera fuerza en las elecciones presidenciales del año anterior-, y también de los Estados Unidos, con cuya política exterior se alineó en el contexto del *Consenso*, se modificó sustancialmente el recetario económico para solventar la crisis (Cavarozzi: 1997).

El llamado *Plan ByB*, a cargo del Ministro Miguel Ángel Roig, comenzó con una importante devaluación de la moneda que llevó la cotización del dólar comercial a un valor 250% superior a la cotización del dólar real y 24% superior al dólar libre. Además, se aumentaron fuertemente las tarifas (entre 517% y 680% las naftas, 640% el gas, 600% la electricidad y las comunicaciones y 335% el transporte) y se redujeron los aranceles al 5%. Como contrapartida, se establecieron precios máximos en productos de primera necesidad y se incrementaron los salarios entre 130% y 210%, se realizó un acuerdo de precios por 90 días y se acordó el congelamiento posterior de salarios, reabriendo paritarias para el mes de

---

<sup>9</sup> La búsqueda de un modelo económico abierto, estable y liberalizado se cristalizó con la formulación del Consenso de Washington (CW) en 1989, cuyas reformas de política económica estaban basadas en una lógica de mercado caracterizada por la apertura y disciplina macroeconómica. El Consenso de Washington se convirtió en una especie de ideologización económica para América Latina, las políticas económicas dejaron de ser simples propuestas y pasaron a ser un instrumento de control político y económico para los países interesados en insertarse y conseguir el sello de aprobación de las economías altamente desarrolladas y de los organismos internacionales. (Martínez Rangel y Reyes Garmendia, 2012: 35).

octubre. A mediados de julio de 1989 el recientemente designado Ministro de Economía falleció y fue reemplazado por Néstor Rapanelli, por entonces vicepresidente ejecutivo del mismo conglomerado económico que su antecesor. Con el ascenso de Rapanelli, se implementaron las leyes de Emergencia Económica (Ley N° 23.697)<sup>10</sup> y Reforma del Estado (Ley N° 23.696)<sup>11</sup> (Fair, 2008).

La primera ley, sancionada el 18 de agosto de 1989, tenía como núcleo central el recorte de los subsidios estatales. Para ello, se determinó la suspensión por seis meses de los regímenes de promoción industrial, regional y de exportaciones y, al mismo tiempo, se suspendieron las preferencias que beneficiaban a las manufacturas nacionales en las compras estatales. La Ley de Reforma del Estado, sancionada el 1 de septiembre del mismo año, sentó las bases del imparable proceso de privatizaciones, al permitirle al Estado intervenir cualquier ente, privatizar total o parcialmente o liquidar empresas públicas, reestructurar el sector público sin ningún tipo de limitaciones, establecer mecanismos de capitalización de la deuda interna y externa, otorgar beneficios tributarios, eliminar pasivos de las empresas públicas y refinanciar créditos. “La idea inicial fue *eficientizar* el gasto, garantizar la apertura de la economía, reducir el rol productor del Estado, generar condiciones para la radicación de capitales y transferir la ejecución de las políticas sociales a las provincias, reduciendo así notablemente la administración central.” (García Delgado, 1997).

No obstante, en los primeros meses el consenso social al *Plan B&B* estuvo plagado de contradicciones. El sesgo de las políticas económicas favorable a los grandes grupos diversificados con capacidad exportadora iba en desmedro de los acreedores externos, principalmente el FMI y el Banco Mundial, cuyas demandas sobre una mayor apertura comercial y reforma estatal eran desoidas. Dado tal contexto de creciente malestar empresarial, surgieron demandas que presionaron sobre el mercado de cambios, obligando al Gobierno a devaluar la moneda y aumentar las tarifas. Estas medidas, sumadas al incremento en 11 puntos a las retenciones a las exportaciones agropecuarias, terminaron desembocando en una segunda ola hiperinflacionaria que selló el destino del Plan Bunge y Born. (Basualdo, 2006).

Entre 1989 y 1991 se intentó, sin mucho éxito, controlar este *impuesto* inflacionario mediante diferentes estrategias. En una segunda etapa, con Erman González como ministro de Economía, el gobierno retornó hacia políticas ortodoxas y un mayor acercamiento hacia

---

<sup>10</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/texact.htm> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

<sup>11</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/98/texact.htm> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

los acreedores externos mediante la promesa de abonar la deuda. No obstante, al igual que en la primera experiencia, terminó en un rotundo fracaso producto de la feroz pugna distributiva intersectorial, con su correlato: la inflación e incluso hiperinflación (Schvarzer, 2015).

Hacia fines de 1991, el malestar social generado por la imposibilidad de controlar la creciente tasa de inflación llevó la popularidad de Menem a los niveles más bajos desde su asunción. En ese contexto, el Presidente reconfiguró su gabinete nombrando como nuevo Ministro de Economía a Domingo Cavallo. Procurando estabilizar las principales variables macroeconómicas luego de la crisis hiperinflacionaria de 1989 y 1990 que las medidas iniciales no habían podido contener, se inició en la Argentina políticas de estabilización y transformación estructural del Estado y del Mercado propuestas, en gran parte, por los organismos crediticios internacionales para toda América Latina. Junto con las medidas de tinte ortodoxo de estabilización y ajuste, se incluyeron reformas más profundas como la desregulación completa de los mercados de bienes y servicios, la flexibilización laboral, la privatización de empresas públicas y la apertura comercial y financiera. A partir de este proceso, se esperaba superar el largo estancamiento de la década previa e incrementar la eficiencia económica. Contrariamente a lo esperado, al menos en los postulados, lejos de aumentar la competencia, estas reformas implicaron la consolidación del capital financiero y la conformación y reproducción de mercados oligopólicos en los que un número reducido de empresas lograron incrementar sus utilidades y rentabilidades operativas (Castellani y Serrani: 2011).

Así pues, fue recién a partir de abril de 1991, con la puesta en marcha de la transformación estatal y el Plan de Convertibilidad (Ley 23.928)<sup>12</sup>, que se alcanzó la definitiva vinculación con el capital concentrado y la consolidación de esta hegemonía. Si hasta ese año las políticas de reforma emergían como ensayos parcializados e independientes entre sí, a partir de allí las mismas asumieron nuevas formas y una mayor profundización en su grado de aplicación y, al mismo tiempo, un estilo mucho más orgánico, sistemático y funcional con el programa de estabilización.

Esencialmente, la adopción de la convertibilidad en abril de 1991 significó, entre otras cosas, la imposibilidad de utilizar la política cambiaria como un instrumento de modificación de los precios relativos y de intervención directa en el proceso de asignación de recursos. Ante las reiteradas situaciones hiperinflacionarias de fines de los años ochenta y principios de

---

<sup>12</sup> Su aplicación trascendía su configuración como una simple ley, al estar asociada a múltiples políticas que permitían su sostenimiento. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=328> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

los noventa, el gobierno consideró que la fijación por ley de la paridad nominal *1 a 1* con el dólar estadounidense (luego de quitar cuatro ceros a la moneda local), la convertibilidad monetaria y la subordinación de la emisión a la balanza de pagos, era la mejor forma de generar confianza entre los principales agentes económicos. Es decir, dicha política estableció un régimen monetario pasivo del tipo caja conversión, en donde la acumulación de las reservas internacionales determinaba el dinero en circulación dentro de la economía. El plan de estabilización obtuvo, entre 1991 y 1994, resultados exitosos en el control de la inflación, en el aumento de la actividad económica y el equilibrio de las cuentas fiscales –sustentado con los ingresos provenientes de las privatizaciones y el aumento de la deuda pública- que le permitieron consolidar no sólo una vinculación con los sectores empresariales y financieros, sino también preservar el apoyo popular inicial (Castellani y Gaggero, 2011).

Cuadro 1:

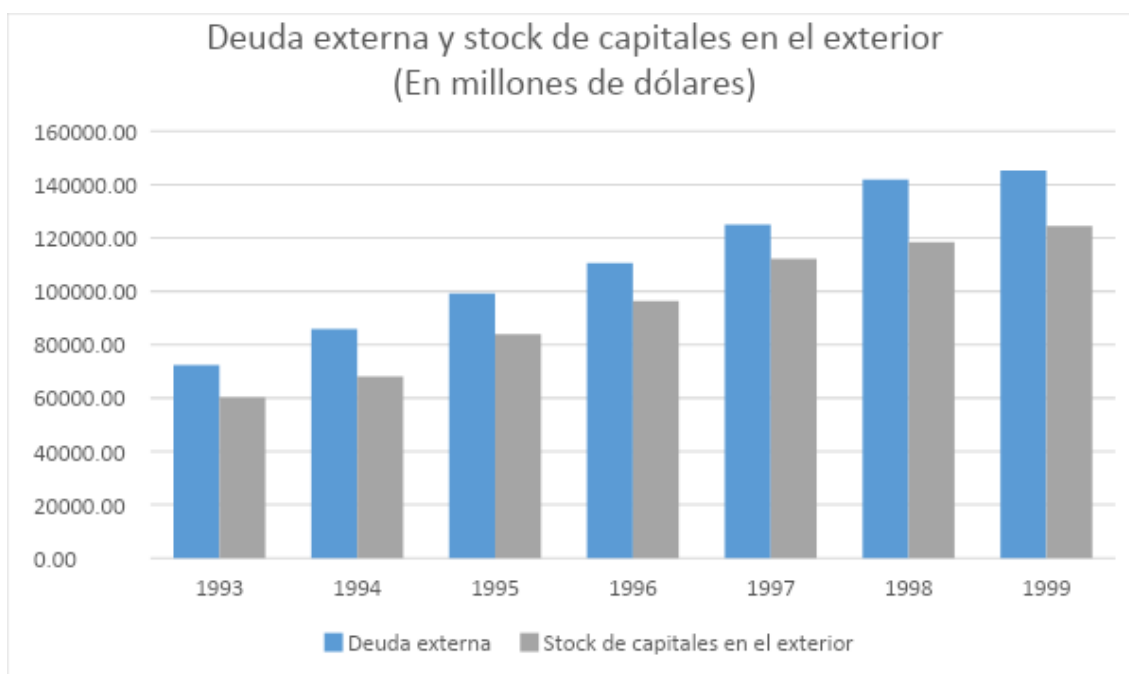
<b>Evolución de inflación interanual</b>		
Año	Inflación minorista	Inflación mayorista
1988	387,7	421,7
1989	4923,6	5402,5
1990	1343,9	798,3
1991	84,0	56,7
1992	17,5	3,2
1993	7,4	0,1
1994	3,9	5,9
1995	1,6	6,0
1996	0,1	2,1
1997	0,3	-0,9
1998	0,7	-6,3

1999	-1,8	1,1
------	------	-----

Fuente: Rapoport, 2010: 12.

La prolongada estabilidad de precios, de hecho la mayor desde el retorno democrático, se vio acompañada inicialmente por altas tasas de crecimiento económico, interrumpidas recién por los efectos de la crisis mexicana en 1995. Asimismo, se logró un precario equilibrio fiscal, especialmente debido a un incremento de los ingresos tributarios, al mayor nivel de actividad económica y a la menor evasión fiscal derivada de controles más rigurosos y efectivos (Schvarzer, 1995).

Hasta 1993, en parte gracias a las privatizaciones, se había logrado llegar al superávit fiscal para compatibilizar las cuentas públicas con los requerimientos del Plan de Convertibilidad. Los grandes beneficios acumulados, una vez finalizadas las privatizaciones, lograron multiplicarse a partir de la expatriación de las ganancias al exterior, favorecidos por el diferencial entre las tasas de interés local e internacional, lo que les permitió valorizarlos fuertemente mediante la especulación y valorización financiera. Al mismo tiempo, el déficit fiscal que iban promoviendo estos sectores fue absorbido por el propio Estado mediante el endeudamiento externo.



Fuente: Basualdo, 2006: 68.

El endeudamiento externo cumplió, así, un doble propósito: si, por un lado, servía para acumular reservas; por el otro, permitía compensar la desacumulación en la que incurría

el sector privado, debido a la expatriación de capitales (Fair; 2008). Así pues, mientras la deuda externa se reducía temporariamente por los acuerdos de renegociación conocidos como *Plan Brady*<sup>13</sup>, la deuda interna en moneda nacional y extranjera continuaba creciendo por la consolidación de las deudas del Estado.

En ese contexto, los sectores dominantes lograron consolidar el proceso de concentración y centralización iniciado en la década del '70, formando un sólido conglomerado de intereses convergentes. A esos avances se sumaron los correspondientes a los sistemas financieros, incluyendo seguros y otros, que experimentaron una gran expansión de sus actividades en ese período. La formación de las nuevas compañías privadas de ahorro para la jubilación o la consolidación de la medicina prepaga y tercerización de contratos, por ejemplo, implicaron ingentes gastos de éstas en rubros como administración y publicidad. Los sectores subalternos, en cambio, con la excepción de un primer período de cierta bonanza que logró controlar los índices de hiperinflación y fomentó el consumo masivo a partir del abaratamiento del dólar, profundizaron su fragmentación social, reduciendo su poder político e incrementando la precarización laboral y los índices de pobreza, desigualdad y desempleo.

### 1.3. *Una cura para el 'elefante enfermo'.*

Uno de los aspectos centrales de la estrategia económica menemista fue la amplia reforma del Estado, que avanzó tanto en el sentido de reducir el peso cuantitativo del sector público en el empleo, en la producción de bienes y servicios y en el número de empresas, como la disminución de la capacidad y voluntad de intervención y regulación. Abarcó un amplio programa de privatizaciones, la reforma administrativa y la transformación del sistema de seguridad social. Los objetivos del programa de privatizaciones eran múltiples. En primer lugar, se planteaban como un camino para equilibrar el presupuesto. Debe considerarse que las empresas públicas eran generalmente deficitarias. Por lo tanto, su privatización suponía una reducción del gasto.

El concepto de privatización en relación con los servicios de salud ha sido empleado indiscriminadamente en términos teóricos, pero es de difícil aplicación bajo su forma más ortodoxa, fundamentalmente porque bajo ciertas condiciones la salud no es rentable y, en tal sentido, no despierta interés a los inversores privados. Las modalidades habitualmente

---

<sup>13</sup> Sobre este tema, véase: Basualdo, E. (s. /f.). *Las reformas estructurales y el Plan de Convertibilidad durante la década de los noventa. El auge y la crisis de la valorización financiera.*

descritas bajo el rótulo de privatización refieren a la transferencia de funciones estatales a la gestión privada; o bien al transferir innovaciones administrativas propias del ámbito privado a la gestión estatal, en cuyo caso el Estado adopta formas de gerenciamiento propias de una economía de mercado. El caso más simple de privatización es la concesión o tercerización de servicios generales dentro de los hospitales y otros organismos de salud.

En la discusión acerca del nuevo rol del Estado primó la idea de que se debía abandonar la prestación directa de servicios para pasar a financiarlos cuando necesariamente dichos servicios debían ser públicos, como la salud o la educación, pudiendo ser prestados por ente privados. Además, para el caso del control de los servicios prestados por las empresas privatizadas comenzó también a establecerse con fuerza la noción de regulación como otro de los nuevos roles que el Estado debía cumplir en el mundo globalizado (De Lellis, 2004).

Como ya se ha analizado, la emergencia de perspectivas críticas vinculadas a salud, enfermedad y atención médica se generalizaron a partir de los años '70, abarcando cuestiones más amplias como las vinculadas a la eficacia de la planificación normativa y el debilitamiento de la confianza colocada en la ciencia y la tecnología como fundamentos no contradictorios de la promoción del bienestar social o del crecimiento económico. Dicha década, hegemonizada a nivel mundial por la administración republicana en los EE.UU. (reaganismo) y conservadora en Gran Bretaña (thatcherismo), el capitalismo entró en una fase recesiva que numerosos historiadores vinculan con las secuelas que devienen de la *crisis del petróleo* en la cual se pone en cuestión la sustentabilidad económica y fiscal del Estado, y comienza a verificarse un cambio en la dirección de las políticas públicas. Conforme se hizo preeminente la visión liberal de la economía, se produjo un replanteo profundo del rol del Estado, en particular su relación con la sociedad, su tamaño y su grado de intervención en la economía. Consecuentemente, se propició y lideró una progresiva desregulación, un ajuste general del gasto público y una dimisión del Estado en relación al rol histórico que en las últimas décadas había desempeñado (Tobar, 2004).

Hacia principios de la década de los setenta (en el marco de un gobierno de facto), se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se pudo alcanzar una extensa cobertura. Sin embargo, con el paulatino desarrollo de las obras sociales, el sistema fue adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación,

ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron.<sup>14</sup>

A su vez, la falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completaban los rasgos del sistema. En paralelo a las evidencias de agotamiento de las formas organizativas, los médicos debieron soportar severos cuestionamientos vinculados con la eficacia y eficiencia de su práctica, que se tradujeron en una cierta deslegitimación de las reivindicaciones históricas de la medicina, fundadas en su presunta capacidad de resolver la totalidad de la problemática de salud-enfermedad (Belmartino, 2011: 223).

Hacia fines de los años 70, el Estado Nacional instaura una serie de medidas tendientes a transferir a provincias y municipios 65 establecimientos nacionales en cumplimiento de la Ley N° 21.883.<sup>15</sup> Fue durante el año 1981 que surgió el Consejo Federal de Salud (COFESA), cuyo antecedente más directo era el Comité Federal de Salud. En este marco se impulsaron un conjunto de reformas tendientes a transferir a las provincias y a los municipios los establecimientos públicos nacionales (De Lellis, 2004).

En este sentido, tales procesos fueron previos y anticipatorios de los principios de la reforma en salud como movimiento internacional que se planteó a partir de los años '80. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica contribuyeron, durante la década de los '90, a ahondar aún más la fragmentación del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2000: 3).

La descentralización se postuló como una alternativa reformista oportuna para la superación de lo que, en términos de Habermas (1982), puede entenderse como déficit de racionalidad y legitimación estatal. Es decir, se despliega un discurso exitoso que propone la contención del gasto social, lo cual representa la posibilidad de evitar un aumento de los impuestos y la reducción del control estatal centralizado sobre el sistema de provisión social. Al mismo tiempo, a partir de sus múltiples opciones y del carácter polisémico del término, operó no sólo como una forma de obtener mayores niveles de eficiencia en la administración de los servicios públicos, sino también como una forma democrática de aproximar las esferas

---

<sup>14</sup> Bajo la Ley 22.269 de 1980 (Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=114909>) se buscó la estatización de las obras sociales, la separación administrativa, financiera y patrimonial de Obras Sociales y sindicatos; la eliminación de la obligatoriedad de afiliación; prohibición de montar nueva infraestructura propia y explícita recomendación de reducir la existente. Todas estas políticas favorecieron rotundamente al sector privado de salud (Álvarez Giménez, 2010).

<sup>15</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do%3Bjsessionid=7B678B34F250D0DB6330327ABC8DF4CE?id=247483> Consultado entre marzo y mayo de 2020.



decisorias a los ciudadanos fomentando una mayor identidad de intereses entre usuarios y administradores.<sup>16</sup> Sin embargo, la descentralización de competencias a provincias y municipios que se realizó en áreas vinculadas a la salud, la educación y la vivienda, trajo consigo el problema de la no transferencia de los recursos necesarios a las jurisdicciones respectivas.

La Argentina solía ser presentada como uno de los *países emergentes* en los que la implementación de nuevas políticas económicas habría producido notables éxitos macroeconómicos. Así pues, la apertura y desregulación de la economía, la privatización de los servicios y empresas públicas, la traslación al sector financiero privado de fondos sociales y la flexibilización de las condiciones laborales se mantuvo vertebrada en la ya mencionada convertibilidad. De esta manera, se logró detener el proceso hiperinflacionario e impulsar un crecimiento sostenido del PBI durante algunos años; al menos hasta el período recesivo durante la crisis del Tequila de 1995 (Stolkiner, 2000: 2).

Se parte aquí del supuesto que el contexto de crisis fiscal se configuró como el factor principal para el éxito de las políticas de reforma en el sector público y la capacidad de las mismas para esquivar las restricciones que el déficit impone. No obstante, la referencia a la crisis y al déficit fiscal no significa reducir las políticas de reforma del sector público a sus aspectos estrictamente económicos, sino como una problemática de carácter estructural. Es decir, las políticas de descentralización en salud en Argentina corresponden al nivel gubernamental. En este contexto la descentralización debe ser entendida como un proceso político, ya que supone reestructurar el poder y transferir decisiones y recursos (Demarche, 2004: 10).

Esencialmente, las dos grandes condiciones políticas que garantizaron la viabilidad y legitimidad de estas transformaciones se asentaron en los efectos desmovilizadores que tuvo en la sociedad civil el Terror de Estado ejercido durante la última dictadura militar y el trauma económico hiperinflacionario. Es, de hecho, en ese contexto que fue posible que los grandes grupos económicos fijaran los aspectos sustantivos de las políticas de del Estado en una forma de gobierno democrático-representativa, mientras el partido gobernante –de origen y tradición populista y con fuerte raigambre en el sindicalismo sobreviviente a la dictadura– garantizaba el consenso y la gobernabilidad.

---

<sup>16</sup> Cabe destacar que la redistribución del poder no es inherente a una expansión del espacio público en el que se diriman los conflictos sociales. Por ejemplo, la descentralización formulada bajo la forma de desconcentración administrativa no aumenta de modo alguno la capacidad de resolución de conflictos en la esfera local e, incluso, se puede consolidar un modelo autoritario de gestión.

El proceso de reformulación del sector salud debe analizarse entonces como parte integrante de la agenda que operó transformaciones en la economía, el Estado y la sociedad; la cual implica tanto la redefinición del rol del sector público fijando nuevos límites a la intervención estatal, como la reorganización del funcionamiento de sus instituciones. En el marco de esta reforma del Estado de corte más general, se produjo un desplazamiento en la concepción acerca de la salud, conformándose un criterio general en el cual pasa a considerarse un tema de incumbencia mayormente individual. Así pues, las medidas implementadas tenían como objetivo explícito, en términos de S. Belmartino (2011), transformar las *reglas de juego* que ligaban a las instituciones que históricamente conformaron el campo de la atención médica bajo el supuesto de que ello produciría una mejora en los niveles de eficacia, eficiencia, equidad y calidad de las prestaciones.

En nuestro país, dicha reconfiguración sectorial puede ser estudiada a partir de las siguientes orientaciones: la redefinición de los roles de la Nación y las Provincias; la aprobación del Régimen de Autogestión para los Hospitales Públicos Nacionales; la implementación del régimen de libertad de elección para los afiliados a las obras sociales sindicales; la emergencia y consolidación de los seguros privados de salud; en conjunto con el aseguramiento de un conjunto de prestaciones básicas mediante la aprobación del Programa Médico Obligatorio, y la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (en adelante SSSalud) como fusión de ANSSaL, INOS y DINOS.<sup>17</sup>

Como parte del diagnóstico formulado por los líderes políticos de la reforma se asignó la principal responsabilidad por el pobre desempeño del sistema de servicios de salud a las relaciones de poder edificadas por los principales actores que conformaron al sector durante las décadas pasadas, y proponía como principal medida de reforma la desregulación sectorial para así instaurar el mecanismo de la libre elección y, consiguientemente, la mayor primacía de las reglas de mercado y el debilitamiento del pacto corporativo que se había asentado históricamente entre los actores sectoriales.

---

<sup>17</sup> A través del decreto N° 1615/96 (disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm>) se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSaL), creada por la Ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), creado por la Ley N° 18.610, y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), creada por la Ley N° 23.660, para constituir la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), como organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, con personería jurídica y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

Esta iniciativa se tradujo en la modificación establecida en el régimen de seguro obligatorio nacional (leyes 23.660<sup>18</sup> y 23.661<sup>19</sup>) para otorgar a los trabajadores la posibilidad de elegir el agente asegurador hacia el cual dirigir los aportes obligatorios. El otorgamiento de esta opción, además de fundamentarse en el derecho del trabajador a elegir la institución en la cual asegurar a la familia, apuntaba a introducir mecanismos de competencia entre las aseguradoras para retener a sus afiliados y lograr, por esta vía, elevar el nivel de eficiencia y calidad de los servicios.

La reforma no consistió solamente en modificaciones financieras o administrativas, sino que trató de instaurar nuevas reglas de juego, las cuales implicaban una nueva relación entre el Estado y la sociedad. Es decir, deja de ser un proceso principalmente intraburocrático y pasa a ser, esencialmente, un nuevo tratado sobre los límites legítimos que deben trazarse entre ambas esferas. “El alcance de la reforma estatal tendió a involucrar al conjunto de la sociedad civil, en la medida en que las fronteras se corrieron, se adjudicaron nuevos roles a diferentes grupos o actores sociales o se privó a otros de los beneficios de la actividad del Estado” (Oszlak, 1994: 57).

Si se observa el Cuadro 2, el gasto sanitario de la administración pública nacional se fue reduciendo hasta conformar aproximadamente un 13% del gasto total. Este monto reducido puede ilustrar acerca del débil vínculo de apoyo a las provincias, que se completó con la ausencia de mecanismos formulados e implementados desde el nivel nacional tendientes a garantizar la equidad en un proceso tan complejo como es la propia descentralización de las áreas sociales.

Cuadro 2:

<b>Gasto público en salud según distintos niveles de gobierno (1988 – 1997)</b>							
(en millones de pesos y % del gasto público total del sector social)							
Año	Nación		Provincias		Municipios		Total
	\$	%	\$	%	\$	%	\$
1988	637	19,89	2.168	67,7	397	12,4	3.202

<sup>18</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

<sup>19</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=63> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

1989	573	20,99	1.826	66,8	331	12,1	2.730
1990	507	17,50	1.978	68,3	412	14,2	2.897
1991	500	14,30	2.763	70,5	533	15,2	3.496
1992	388	9,03	3.301	76,8	608	14,1	4.297
1993	504	10,39	3.653	75,3	693	14,3	4.850
1994	729	13,55	3.841	71,4	809	15,8	5.381
1995	629	12,56	3.591	71,7	788	15,7	5.008
1996	649	12,88	3.555	70,5	689	16,7	5.037
1997	720	13,68	3.700	70,0	742	16,3	5.263

Fuente: Cetrángolo y Devoto, 2002: 7.

Dichos principios rigieron la reconversión de un sistema de salud que, a partir del análisis de su particular historia política-institucional, siempre había estado marcado por un mayor o menor nivel de fragmentación compuesta del sector público, el de Obras Sociales y el privado. Así pues, lejos de disminuir la brecha entre ricos y pobres, la reforma se mantuvo en sintonía con la profundización de las diferencias. Acorde a G. González García y F. Tobar (1997) la evolución del gasto solidario (sector público y Obras Sociales) no acompañó el ritmo de crecimiento de la riqueza y los servicios de salud fue uno de los rubros que mayor inflación tuvo desde la aplicación del Plan de Convertibilidad, superando al incremento del costo de vida o al crecimiento de la economía.

Hacia 1991, la situación inicial en términos de cobertura en salud de acuerdo con datos censales configuraba el siguiente escenario:

Cuadro 3:

Tipo de cobertura	Censo Población 1991	
	Población	% del total

Población con obra social	18.799.240	57.6
● Sólo obra social	13.153.473	40.3
● Obra social y plan médico	4.520.546	13.9
● Ignora plan médico	1.125.221	3.4
Población con plan médico	1.500.963	4.6
Ni obra social ni plan médico	11.867.945	36.4
Ignorado	447.380	1.4
Total	32.615.528	100

Fuente: De Lellis, 2004: 39.

Sabiendo que, para ese entonces alrededor del 35% de la población no tenía seguro de salud y que una parte importante de ella no lo usaba o lo hacía de manera parcial, la población cubierta por el sector público superaba holgadamente el 40% del total. Sin embargo, la suma de los presupuestos de los diferentes niveles de gobierno escasamente alcanzaba la quinta parte del gasto en salud del país. Así pues, la profesión médica vio sensiblemente amenazado su control sobre el sistema de servicios como consecuencia de las reformas introducidas.

Las perspectivas se centraron principalmente en: el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual estratificada, la incorporación del financiamiento a la demanda en lugar de la oferta, la contención de los costos de la atención médica, traducida en la búsqueda de mayor eficiencia, y la reestructuración del mix público-privado, a partir de la descentralización de actividades y responsabilidades (operacionales y de financiamiento), tanto para los niveles sub-nacionales de gobierno como para el sector privado, y del aumento de la participación financiera del usuario en el pago de los servicios que utilizaba (público o privado). (Almeida, 2001: 33).

En octubre de 1991, en el marco del *Consejo Federal de Salud*, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y sus pares provinciales firmaron el "Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud", en el que se establecieron claramente las nuevas responsabilidades y funciones del Estado Nacional en materia de salud:

El Estado nacional, en coordinación con todas las jurisdicciones, deberá fortalecer su función de orientador, conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos. Asimismo, deberá resignar su función de administrador de servicios, desarrollando las funciones de planificación, normalización, evaluación, control y fundamentalmente, regulación y fiscalización del sistema, de acuerdo a normas constitucionales. Deberá tender a adecuar su estructura administrativa y contribuir al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los Estados Provinciales como también restablecer su condición de soporte técnico". (COFESA, 1991: 6, 7).

A esta primera generación de reformas (aproximadamente hasta 1994) suele calificársela como la "etapa fácil" de la reforma del Estado. En términos de Oszlak, esto se debe a dos tipos de causas: En un primer lugar por condiciones político-ideológicas favorables. El Poder Ejecutivo se caracterizaba en la década del '90 por administrar el proceso de reforma en varias oportunidades por decreto. Esta autonomía del Ejecutivo se vio facilitada por la debilidad del parlamento, la pérdida de legitimidad de los partidos políticos y la incapacidad de los sindicatos para jugar un papel contestatario y obstructor del proceso. A esto se suma, el acuerdo con los organismos internacionales y los sectores económicos más concentrados y poderosos del país en torno a los planes de estabilización y ajuste. En lo que al sector salud respecta, se reflejó en el debilitamiento del compromiso del Estado en prestar atención médica a la población al mismo tiempo que el Banco Mundial recomendaba la focalización de la acción pública en los pobres y más necesitados. En segundo lugar, se debió a la relativa simplicidad de las reformas planteadas. "No se trataba, como ocurría en las décadas de la prehistoria reformista, de introducir cambios, sino de extraer áreas de competencia estatal, de desprenderse de dominios funcionales. La intención no era mejorar la gestión sino reducir su ámbito" (Oszlak, 1999: 4).

El decreto 9, eje transversal sancionado en enero de 1993,<sup>20</sup> proponía tres grandes líneas de reforma (no exenta de demoras o contramarchas): la desregulación de las obras sociales, que permitiría a sus beneficiarios elegir libremente la entidad hacia la cual se canalizarían sus aportes; la libre contratación entre financiadores y proveedores, con libertad de pactar precios no sujetos a los valores del Nomenclador de Prestaciones; y la puesta en

---

<sup>20</sup> Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>  
Consultado entre marzo y mayo de 2020.

marcha de los Hospitales de Autogestión en el subsistema público, que podrían facturar a las entidades responsables de la cobertura la atención brindada a sus beneficiarios.

Hacia 1995, el gasto total en salud fue de 20.399 millones de US\$, lo cual arrojaba una suma de 551 dólares por habitante/año y constituía el 7.26% del PBI. La distribución fue la siguiente:

Cuadro 4:

<b>Subsector</b>	<b>Gasto en millones de US\$</b>	<b>% sobre el gasto</b>	<b>% del PBI</b>
Público	4.654	1.66%	22.8%
Obras Sociales	6.858	2.44%	33.6%
Privado	8.888	3.16%	43.5%
Totales	20.399	7.26%	100%

Fuente: De Lellis, 2004: 40.

Se observa que la distribución de este gasto encuentra diferencias notables dentro de la población:

Cuadro 5:

<b>Prestadores</b>	<b>% de población cubierta</b>	<b>% del gasto total anual</b>	<b>% acumulado</b>
Público	33.86%	20.96%	20.96%
Obras Sociales	45.34%	27.51%	48.47%
INSSJP	12.5%	26.20%	74.67%
Medicina Prepaga	6.02%	18.34%	93.01%
O.S. de Personal de Dirección	2.32%	6.99%	100%
Total	100%	100%	

Fuente: Arce, H. (1996)

Estimativamente, las prestaciones estatales, las Obras Sociales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) agrupaban el 91,7% de la población cubierta e insumían el 74,67% del gasto. Por su parte, las Obras Sociales de Personal de Dirección y Empresas de medicina prepaga cubrían el 8,34% de la población (mostrando un leve pero sostenido crecimiento con respecto a la situación inicial del [Cuadro 3](#)) y utilizaban el 25,33% del gasto. El sector estatal y las obras sociales, excluyendo el INSSJP, gastaban el 48,47% del total y cubren el 79,2% de la población. En el otro extremo, las empresas de medicina prepaga insumían el 18,34% del gasto en la cobertura del 6,02% de la población.

De manera que en los noventa se registró un cambio significativo con las premisas reformistas. La consigna central era separar la provisión de la financiación e incrementar la competencia como mecanismos para buscar eficiencia en el uso de los recursos. El Estado debía garantizar flujos financieros estables para las prestaciones pero no necesariamente proveer servicios de forma directa. Servicios públicos y privados dejaron de aparecer como categorías dicotómicas y se comenzó a hablar de un “mix prestador público- privado”. Así, el gobierno pasa a comprar servicios de salud a prestadores privados y los aseguradores privados a los hospitales públicos.

En síntesis, se buscó consolidar mercados e incluso “cuasimercados” (mecanismos de competencia en los servicios públicos). Pero para ello era necesario que los servicios públicos tuviesen mayor autonomía y personería jurídica para el manejo de sus recursos. Esto implicaba pasar a financiar a los servicios por la demanda focalizada en lugar de garantizar la oferta pública universal de servicios médicos a través de presupuestos centralizados. La premisa de la competencia también se extendió a los seguros de salud. En este caso financiar la demanda significaba “que el dinero siguiera al paciente”, permitiendo a los beneficiarios de los seguros sociales elegir la entidad aseguradora. Aunque en realidad se trató de un cambio en el marco regulatorio, este esquema fue denominado “desregulación”. (Tobar, 2004: 44).

Finalmente, esta primera etapa reformista muestra rasgos ambiguos y paradójales. Por un lado, se llevó a cabo un cambio necesario e impostergable frente al proceso de endeudamiento y de crisis profunda del Estado de bienestar. En este sentido, el gobierno siguió una serie de tendencias generalizadas en el mundo del capitalismo globalizado: reducción del peso productivo del Estado, apertura de la economía, desregulación y descentralización. Pero por el otro, la radicalidad y la falta de integración con otros aportes hizo que la mayor racionalidad en las cuentas públicas fuera de la mano con la pérdida de



derechos adquiridos, de la reducción de la capacidad reguladora del Estado, su drástico debilitamiento en favor de los mercados y la financiarización económica, y del creciente endeudamiento pese a las privatizaciones.

## CAPÍTULO 2

### LA HISTORIA DEL INAREPS

#### 2.1. *Apuntes sobre la rehabilitación en Argentina: una mirada histórica.*

La historia de la rehabilitación es un vasto campo de conocimientos que abarca el estudio de la discapacidad y las prácticas profesionales e institucionales relacionadas con la recuperación psicofísica y que implican, a su vez, numerosos temas y un pasado que se puede situar cada vez más lejos en el tiempo. Así pues, la noción de rehabilitación se interpreta de forma variada ya que designa a la vez la especialidad médica y el conjunto de acciones destinadas a permitir la reinserción social y económica de un lisiado.

La comprensión de la discapacidad y su teorización no es un proceso aislado de la realidad que se sitúa sólo en el plano de las ideas, sino que está interrelacionado e impulsado por los acontecimientos sociales, políticos, culturales y económicos de cada época histórica estudiada. Hasta hace poco tiempo, la discapacidad era considerada como un problema, de nacimiento o adquirido, que presentaban ciertos sujetos cuyo estudio y tratamiento correspondía a especialistas del área médica, al tratarse de situaciones caracterizadas con términos como la anormalidad o la desviación.

Los grandes cambios sociales, culturales y científicos ocurridos en el siglo XX pusieron en cuestión muchas de las asunciones sobre la discapacidad, que motivaron la aparición de nuevos enfoques en la concepción de lo que es la rehabilitación y, consiguientemente, en las prácticas profesionales de investigación y tratamiento de las personas con alguna patología. Como señala López González, “las ideologías y políticas dominantes en cada época histórica y en una determinada sociedad mantienen una relación dialéctica con las interpretaciones acerca de las diferencias humanas y las correspondientes prácticas o tratamientos dirigidos a los grupos sociales que conforman estas personas” (2006: 216). Es por ello que resulta fundamental realizar un breve recorrido histórico sobre el desarrollo y consolidación de la rehabilitación médica, puesto en diálogo con el contexto del surgimiento del Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (Cerenil).

Aunque el inicio de la rehabilitación a nivel mundial se remonta a la Grecia Antigua, con la terapia manual y la hidroterapia, es durante el siglo XX que se da fundamento académico y científico a las profesiones médicas de la rehabilitación. Este surgimiento se

enfaticó inicialmente en los adultos, especialmente por las consecuencias de los conflictos bélicos y los accidentes laborales. En nuestro país, las primeras medidas adoptadas ante la presencia de los ‘lisiados’ de la Guerra del Paraguay (1864-1870) marcaron el inicio, a través de pensiones y de la manutención en asilos, de un reconocimiento estatal y civil hacia los veteranos de guerra y de uno de los primeros indicadores de la cuestión social (Suriano, 2000).

Durante la primera mitad del siglo XX, las ideas de responsabilidad y deuda social en relación con los ‘inválidos’ del trabajo, los ‘mutilados’ de guerra y los ‘lisiados’ por las epidemias de poliomielitis estuvieron presentes a nivel mundial y fueron primordiales para el desarrollo de un abanico de respuestas sociales, científicas e institucionales. Posteriormente a la Primera Guerra Mundial, el objetivo de la recuperación de la capacidad productiva fue uno de los aspectos centrales en la concepción médico-social de la época. El desarrollo de la traumatología, la ortopedia, las cirugías restauradoras y los programas de reeducación profesional y vocacional fueron destinados a lograr posibles formas de inserción social y laboral.

La construcción del campo de la rehabilitación tienen diversas raíces que incluyen las prácticas físicas, la readaptación, la aparatología (prótesis, órtesis, etc.), el tratamiento psicológico, la farmacología, entre otras. El punto en común de las raíces mencionadas se constituyó después de la Segunda Guerra Mundial, con el aumento importante del potencial de la salud y de los medios humanos y materiales puestos a la disposición de los países en pleno desarrollo económico (Wirocius, 1999). Así pues, durante este periodo se asistió a la confirmación y consolidación de los avances y prácticas de las décadas previas y, sobre todo, a la institucionalización de la rehabilitación como campo profesional de la salud.

Los procedimientos terapéuticos para favorecer la recuperación enlazaban temas relativos a la salud, la educación y el trabajo y consistían en ejercitación física, diversas técnicas kinesiológicas y laborterapia, así como también contemplaban la alfabetización básica para aquellos que no la habían obtenido<sup>21</sup>. En efecto, uno de los propósitos de los médicos precursores de la rehabilitación se refería a un giro en la concepción del ‘lisiado improductivo’ hacia la de su ‘utilidad social’ mediante una inserción social que resultara provechosa. En los años de postguerra, la medicina preventiva y la rehabilitación concentraron parte de las expectativas de los avances científicos y médicos no sólo a nivel

---

<sup>21</sup> En 1925 se creó una escuela en el Sanatorio Marítimo-Solarium de la ciudad de Mar del Plata, destinado a la atención de niñas tuberculosas, que funcionaba dentro de la institución y otorgaba a las niñas la doble condición de pacientes y alumnas (Álvarez y Reynoso, 2011).

mundial, sino que en nuestro país tuvo su correlato en el contexto de la creciente centralización administrativa y la ampliación del alcance de las políticas sociosanitarias del peronismo; constituidas sobre la base de organizaciones de la salud con una histórica fragmentación y heterogeneidad desde las primeras décadas del siglo XX (Belmartino, 2010; Testa, 2018).

Si bien las políticas y alcances en el área de la rehabilitación durante los dos primeros gobiernos peronistas (1946-1955) fueron limitadas, la asistencia recuperativa o reconstructiva y la ortopedia fueron ejes principales en la planificación sanitaria de ese período. Cuando se buscó tratar al lisiado de forma integral, se pensó la organización de la asistencia alrededor de tres profesionales: los médicos, los asistentes sociales y los maestros. De esa manera, los servicios de medicina preventiva y curativa estaban destinados a vigilar y tratar de manera integral las enfermedades crónicas y a examinar las afecciones que perjudicaban socialmente al sector de los trabajadores (Bregain, 2012).

Durante este período (1946-1956) varias categorías de personas se implicaron y se preocuparon por el futuro profesional de los lisiados y defendieron su derecho a la educación, a la formación profesional y al trabajo. Fueron sobre todo, médicos (Oscar Marottoli, Germinal Rodríguez, José M. Jorge, Juan O. Tesone, etc.), diputados-médicos (Modesto Ferrer, Félix Liceaga, etc.), y también algunos trabajadores sociales y profesores de educación especial para sordos y ciegos.

Los defensores del derecho a la rehabilitación utilizaron varios argumentos para legitimar el derecho del lisiado a la rehabilitación y al trabajo. En el contexto de una política de pleno empleo y de promoción de la producción nacional, el principal argumento evocado era que la Nación debe preservar su capital humano, y recuperar la capacidad laboral de estos lisiados para producir más. El objetivo era transformar a los lisiados en una futura mano de obra con un buen rendimiento, o sea, en hombres "útiles" para el país y capaces de sustentar a su familia. Para eso, varios representantes recomendaron un proceso intensivo de rehabilitación que preparara al lisiado para el ritmo de su futura labor industrial.

La mayoría de los defensores del derecho de los lisiados a la rehabilitación invocaban la necesidad de moralizar la asistencia a los lisiados, sustituyendo la pensión otorgada, por la rehabilitación y la inserción en un trabajo cada vez que fuese posible; subrayando las consiguientes ventajas económicas de esta medida para el Estado.

En 1946, el poder peronista nombró al Dr. Ramón Carrillo, Secretario de Salud, para que desarrollara un sistema sanitario de envergadura. Ya en 1946, en una Conferencia para el bienestar del Lisiado, el Dr. Ramón Carrillo recomendaba una asistencia integral del inválido

que, además de curar a la persona, le enseñara un nuevo oficio y le proporcionase un puesto de trabajo; considerando urgente crear los Talleres Nacionales de Educación Integral de los Lisiados. En 1947, el Estado incluyó en su Plan Analítico de Salud Pública el deber de asistencia integral a los enfermos y la rehabilitación de los lisiados. Este programa político es bastante coherente con la política general del gobierno peronista, que tendía a favorecer el pleno empleo y a asegurar una providencia social a todos los habitantes del país. Sin embargo, no se puede observar ninguna acción de envergadura desarrollada por el gobierno nacional peronista en el campo de la rehabilitación de los lisiados (Ramacciotti, 2009).

Con excepción de algunos responsables políticos peronistas, el derecho a la formación profesional y al trabajo de los lisiados no fue promovido por las autoridades peronistas, mientras que el contexto económico y político parecía bastante favorable para una preocupación de esta índole. El hecho de que los lisiados no accedieran al trabajo no fue percibido como una injusticia porque gozaba de una pensión de invalidez. Además, hasta mediados de los años '50, la mayoría de los actores políticos consideraban que el inválido rehabilitado tenía una productividad muy baja, y entonces no consideraban relevante ubicarlo en un trabajo. Por otra parte, y aunque el trabajo figuraba en los discursos como la base de la dignidad del hombre, los sindicatos obreros casi no se interesaron en la rehabilitación profesional de los trabajadores que habían quedado inválidos. Finalmente, un elemento fundamental que ha transversalizado toda la historia de la discapacidad en Argentina, radica en que “los inválidos no se constituyeron en una ‘comunidad organizada’ para hacer valer sus derechos, y no aparecían entonces como un electorado que se pudiese conquistar por medio de una política particular (Bregain, 2012).

## *2.2. De sociedad civil a centro nacional de rehabilitación.*

En un clima de épocas que reconocía a la infancia como una etapa diferenciada, fueron los niños y niñas poliomiélicos los destinatarios prioritarios a través de los cuales se visibilizó en Argentina el surgimiento de la rehabilitación impulsada desde el Estado. En este sentido, las epidemias de poliomiélitis fueron un factor significativo que tensionó los alcances de la protección social de las personas con discapacidad y de los proyectos de modernización de la rehabilitación entre 1940 y 1960 (Porrás Gallo, 2006; Álvarez, 2015; Ramacciotti y Testa, 2016). Aunque el desarrollo de programa para la niñez con discapacidad progresaba más lentamente que el de los adultos, esto conllevó implementar programas de

intervención temprana, cuidado y rehabilitación infantil para mejorar la calidad de vida de los niños/as y permitir que fueran posteriormente miembros productivos de la sociedad.

El reconocimiento de la poliomielitis como una enfermedad que afectaba en su mayoría a niños y el desafío de educarlos y obtener su posterior inclusión en el mercado laboral impulsaron gradualmente el desarrollo de técnicas asistenciales cada vez más especializadas y la creación de nuevos espacios destinados a la recuperación de los infantes. De ese modo, a través del dinero gestionado por organizaciones civiles ante la escasa financiación estatal, “al promediar el siglo y en la medida en que los brotes de la enfermedad golpeaban, la niñez lisiada fue ganando visibilidad y protagonismo al delimitarse como población destinataria de protección social que se sumaba a la de los adultos inválidos y rehabilitados para el trabajo” (Testa, 2018: 129).

Si bien la epidemia de poliomielitis fue paradigmática en el desarrollo de la rehabilitación en Argentina y el mundo, no implicó su génesis ni su único tratamiento. Antes de la polio, la tuberculosis desempeñó un papel importante en el campo de estudio. Como señala Álvarez, “las instalaciones hospitalarias utilizadas para la tuberculosis ósea fueron reutilizadas para tratar a personas que padecían dificultades en su aparato motor, ya fuera producto de accidentes laborales o bien como consecuencia de la poliomielitis (2015: 945). Posteriormente, los centros de rehabilitación recibieron otras patologías: parapléjicos, tetrapléjicos, enfermos neurológicos, quemados, entre otras dolencias, para un reacondicionamiento físico y una readaptación profesional.

Por otro lado, aunque en su primera fase de expansión los centros de interés de la rehabilitación se orientaron hacia los niños, adolescentes y adultos jóvenes, esta noción evolucionó progresivamente con el aumento notable del promedio de edad de los pacientes hospitalizados.

A partir de los años 1940 y debido al incremento de personas que quedaban afectados por la parálisis, se aceleró la incorporación de la discapacidad como parte de la cuestión social. Desde las esferas médicas y en función de los cuidados que requerían las personas con problemas motores se comenzó a plantear la necesidad de crear centros de readaptación funcional, también conocidos como centros de rehabilitación, al igual de los que existían en otros países. Las instituciones de salud que surgieron en torno de la poliomielitis fueron variadas y tuvieron características organizativas distintas, aunque se trató en todos los casos de organizaciones civiles sin fines de lucro por fuera de los resortes del Estado, cuyo financiamiento dependió básicamente tanto de la colaboración monetaria popular como de grandes empresas (Álvarez, 2015, 2018).

Los organismos públicos se comprometieron poco con el tema, dejando a las asociaciones privadas desempeñar un papel vanguardista que contemplara la rehabilitación de una manera integral y que le permitiera al enfermo recuperar su rol en la vida productiva. Un ejemplo de ello fue la Asociación Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI)<sup>22</sup>. No obstante, los especialistas internacionales contribuyeron a la construcción de centros de demostración en rehabilitación, al desarrollo de nuevas especialidades médicas, a la promoción del deporte adaptado, y a la incorporación efectiva de la rehabilitación profesional en las prestaciones de readaptación (Bregain, 2019).

Siguiendo las recomendaciones internacionales, Argentina pretendió centralizar su política de rehabilitación, creando el Instituto Nacional de Rehabilitación de Buenos Aires y coordinando las actividades públicas y privadas de rehabilitación. En 1956, el reconocimiento del problema de la rehabilitación por parte del Estado fue un reclamo largamente sostenido que pareció lograr un lugar en la agenda sanitaria a partir de uno de los brotes de la epidemia poliomiélica de mayor gravedad, ocasión en la que alcanzó aproximadamente a 6.500 personas. Tal magnitud puso en jaque la infraestructura sanitaria y evidenció la insuficiente previsión y planificación por parte del Estado frente a una patología recurrente desde hacía varias décadas.

En un contexto de dictadura iniciado por la Revolución Argentina que derrocó a Perón en 1955, de persecución ideológica y emergencia sanitaria, se conformaron las condiciones que dieron marco a un conjunto de intervenciones estatales tendientes a la consolidación de la rehabilitación en Argentina, entre las que se destacó la creación de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado como una herramienta que supo capitalizar los recursos generados con anterioridad por grupos profesionales para atender a la recuperación de las personas afectadas con secuelas irreversibles (Testa, 2018).

A través de un conjunto de prácticas y saberes médicos que conformaban el área de la rehabilitación, se legitimaron un conjunto de intervenciones que contaron con un aval moral que excedía las esferas médica y científica e implicaba expectativas que serían socialmente demandadas a los pequeños pacientes. La presencia de esta enfermedad y este grupo de niños, destinatarios prioritarios de las nuevas metodologías terapéuticas, constituyeron la oportunidad para ensayar y desarrollar estos proyectos y demostrar su utilidad científica y

---

<sup>22</sup> Se trató de una iniciativa conformada por un grupo de mujeres (algunas fuertemente vinculadas a la Iglesia católica) y un reconocido médico ortopedista, Marcelo Fitte. Sus acciones incluyeron un conjunto de medidas de tipo médico-social tendientes a favorecer y poner en práctica las novedades de la medicina en el campo de la poliomiélica (Álvarez, 2018).

social, al tiempo de justificar la emergencia de nuevas profesiones y especialidades en el campo sanitario y asistencial.

Todos estos desarrollos de la ciencia y la medicina significaron no sólo mayores posibilidades de supervivencia para los niños/as con discapacidad, en la medida que podían superar muchas clases de adversidades que antes era imposible tratar y generaban altas tasas de mortalidad infantil, sino que incrementaron sus opciones de acceder a escenarios familiares, educacionales y sociales (Pava y Granada, 2016).

En efecto, entre 1956 y 1958, surgieron en la provincia de Buenos Aires una serie de instituciones especializadas en el tratamiento y recuperación de los efectos producidos por la polio: la Asociación de Rehabilitación para Niños Lisiados (Arenil), en Morón en 1956; el Centro Privado de Rehabilitación del Lisiado (Cepril), en Nueve de Julio en 1957; el Centro Olavarricense de Rehabilitación de la Parálisis Infantil (Corpi), en Olavarría en 1957 (Testa, 2018); y el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (Cerenil), en Mar del Plata, creado como asociación civil en 1952 y que, con el esfuerzo de toda la comunidad de Mar del Plata, se logró construir el edificio de 25.500 m<sup>2</sup> en la Ruta 88 sobre un predio de seis hectáreas, inaugurado el 23 de marzo de 1958 como el Sanatorio–Escuela.

Dicha construcción del edificio tuvo un importante eco en los principales medios de la ciudad, puesto que implicaba no sólo el establecimiento de un centro de rehabilitación física a nivel local, sino el comienzo de un polo de referencia a nivel nacional.

El Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados ha dispuesto iniciar ya las obras de construcción del Sanatorio-Escuela, cuyos planos, estudiados previas consultas de estructura y necesidades funcionales en Estados Unidos y en Cuba donde existen en funcionamiento, están ya confeccionados.

El monolito fundamental de esta obra será colocado el próximo sábado 23 del corriente mes de enero a las 11 en el kilómetro 2 del camino a Necochea. Este será bendecido por el Cura Párroco de la Iglesia San Pedro doctor Juan Maratón Zabala (Diario La Capital, 15/1/1954).



Su fundador, el Dr. Juan Otimio Tesone<sup>23</sup>, aplicó conceptos de vanguardia en la rehabilitación, como el enfoque socializador e interdisciplinario, dándole un rol activo en el tratamiento a la familia y el entorno social. Es por ello que la creación del Cerenil no se trató de un centro más en la compleja trama de la epidemia de poliomielitis, mediante la recuperación psicofísica y una fuerte orientación vocacional, sino que trajo aparejada una popularización del conocimiento y se comenzó a reclamar, a nivel comunitario, la necesidad de contar con estos espacios. Las ideas del Dr. Tesone tuvieron una fuerte influencia de aquellas regiones que ya contaban con tratamientos avanzados e instituciones consolidadas en el ámbito de la rehabilitación, a las cuales tenía acceso gracias a sus constantes viajes y participación de congresos científicos en Norteamérica y Europa (Diario La Mañana. 12/12/1954; Diario La Capital. 24/10/1956).

Previo a ello, las autoridades no la presentaban como una situación crítica y la población, al carecer de información y debido a cierto enigma que rodeaba a esta dolencia, no hizo reclamos por la rehabilitación integral. Otra de las características que tuvieron estos centros fue la formación específica, por lo que contaron con la presencia de expertos extranjeros que capacitaron al personal en distintas técnicas y procedimientos. Dichas actividades fueron impulsadas por la Comisión Nacional Permanente para la Rehabilitación de los Lisiados, creada durante el gobierno de Aramburu, pero que consolidó su rol con el gobierno de Arturo Frondizi (Álvarez, 2015, 2018).

El segundo lustro de la década del '50 contó con las primeras campañas mediáticas, de concientización y difusión del rol que el Cerenil pretendía tener en la ciudad y la región. Para ello, se idearon una serie de estrategias que involucraban la participación de la comunidad local como la Semana del Niño Lisiado (Diario El Atlántico. 19/2/1957) o la inclusión de jóvenes estudiantes de colegios secundarios (Nacionales, Comercial y Normal) que participaban, en su recorrida por distintos domicilios particulares, en la conscripción de nuevos socios para la mantención y consolidación de la institución (Diario El Trabajo, 15/10/1956; 17/10/1956). Así lo reflejaba el Diario La Mañana (28/19/1956):

## SI AÚN NO LO HA HECHO

---

<sup>23</sup> Juan Tesone (1910-1994) fue un gran difusor de este concepto y un promotor de la popularización del mismo. Era un médico especialista en cirugía ortopédica y rehabilitación que se había graduado en la Universidad de Buenos Aires en 1937. Desde los inicios de los años 1940, emigró para continuar con su formación en los EEUU, donde se desempeñó como médico en el Hospital Ortopédico de Los Ángeles, California (1940-1941), en los equipos de cirugía ortopédica de los hospitales de la Universidad de San Francisco y de Los Ángeles (1945-1947). Luego fue contratado por el Departamento de Salud de Puerto Rico y por la Oficina del Niño de Washington para organizar el Programa Federal de Rehabilitación de Puerto Rico, donde permaneció entre 1947 a 1950, año que regresó a la Argentina (Álvarez, 2015).

¡HÁGALO!  
SI AÚN NO LO VISITARON  
¡ANTICÍPESE!  
CUMPLA!  
CON UD. MISMO...  
CON SU FAMILIA...  
CON LA COMUNIDAD...  
CUMPLA!...  
CON SU CONCIENCIA...  
AFÍLIESE HOY MISMO  
Al Centro de Rehabilitación  
del Niño Lisiado... y contribuya a  
RECOBRAR LA SONRISA DE UN NIÑO

La década de los '60 fue testigo de un crecimiento y consolidación notable de la institución como centro de referencia, momento en el que se amplió con sectores para internación y actividades quirúrgicas. Además, se habilitó el taller de órtesis y prótesis que funcionó como espacio de aprendizaje para los alumnos pacientes y que permitió la fabricación de instrumentos específicos para la rehabilitación médica.

Por otro lado, la comunicación y concientización de las diversas dolencias que atravesaban los pacientes comenzó a tener una mayor visibilización social y mediática. A través de la actividad deportiva adaptada, se generó un espacio de resignificación del 'ser discapacitado', puesto que los medios de comunicación reflejaban estas actividades, exaltando el espíritu de superación frente a una representación asociada a la enfermedad, asexualidad e improductividad. Mediante conferencias, entrevistas en radio, notas en los diarios y apelando a un lenguaje claro y accesible se difundían diferentes aspectos vinculados a la dolencia y se ponía énfasis en la importancia de la rehabilitación integral. Asimismo, si primero fueron los médicos y los sectores económicos (representantes de empresas pesqueras, industriales, comerciantes etc.) los que se sumaron a la obra de Cerenil, el apoyo masivo de la comunidad fue el resultado de esas campañas de difusión (Álvarez, 2015).

Sin embargo, a fines de los años cincuenta y durante toda la década del sesenta, la financiación de los servicios de rehabilitación seguía siendo muy diversificada. El presupuesto público sólo cubría una parte muy pequeña de las necesidades económicas de las instituciones, compensado con donaciones esporádicas, y las prestaciones de servicios

directos eran muy moderadas, dejando así un lugar importante para que las asociaciones privadas los prestaran.<sup>24</sup> Algunas obras sociales proporcionaban voluntariamente cobertura en rehabilitación, educación especial o asistencia a las personas con discapacidad (directa o indirecta), mediante la firma de acuerdos de financiación con algunas instituciones privadas de rehabilitación o educación especial.

De 1968 a 1973, el sector de la rehabilitación no sólo estaba sumido en una crisis administrativa, presupuestaria y económica, sino también política. En efecto, sus distintas autoridades perdieron legitimidad frente a los que pretendían asistir. Aunque la práctica de la rehabilitación médica se extendió a todo el país, contando con alrededor de 70 servicios o centros de rehabilitación en 1970, seguía con carencias manifiestas en cuanto a la formación profesional y a las oportunidades profesionales para los pacientes rehabilitados, sobre todo en las provincias (Bregain, 2012).

Las asociaciones que gestionaban instituciones de rehabilitación trataban de obtener una financiación sostenible de las autoridades públicas, sin mucho éxito. Sin embargo, las grandes asociaciones gestoras de instituciones estaban dotadas de un fuerte capital social y relacional, y se beneficiaban con facilidad de subsidios públicos puntuales. Debido a la precariedad y a la insuficiencia de la financiación pública, la gran mayoría de estas grandes asociaciones conservaba algunas formas de recaudación de fondos privados administradas por comisiones de mujeres. Para compensar la debilidad de las subvenciones públicas, las asociaciones gestoras de instituciones deben también buscar apoyo financiero de empresas privadas, fundaciones o clubes sociales). Por lo tanto, las asociaciones seguían recurriendo a la caridad privada, pero los recursos económicos así obtenidos continuaban siendo insuficientes e irregulares (Brégain, 2019).

Como consecuencia lógica de esta falta de recursos económicos, la oferta de servicios de rehabilitación se mantuvo residual a lo largo de la década. Bajo las dictaduras de 1966-1973 y 1976-1983, los servicios de rehabilitación se ampliaron, pero aun así sólo llegaron a una minoría de beneficiarios. De hecho, a mediados de los años 70 y por culpa de sus problemas económicos, varios centros de rehabilitación se vieron abocados a reducir la calidad y la cantidad de los cuidados a los pacientes de sus instituciones. El 1 de julio de 1976, inmerso en un contexto complejo en materia presupuestaria, el Cerenil se vio obligado

---

<sup>24</sup> En 1957, el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados recibió de la Provincia de Buenos Aires la suma de \$515.623, proveniente ésta del fondo de la rifa realizada oportunamente en nuestra ciudad para financiar la construcción del edificio destinado a sede propia del “ex partido oficialista” (La Capital, 18/7/1957). Por otro lado, se destacaban las donaciones espontáneas de actores privados como la Sociedad Fabricantes de Mosaicos y Anexos (\$20.000) o de la señora Agustina Larreta de Altaga, quien en nombre del Ocean Club de Mar del Plata, entregaba cinco mil pesos moneda nacional (Diario El Atlántico, 21/3/1957).

a abandonar su rol de organización civil por fuera del ejido estatal, para ser transferido al ámbito de la jurisdicción pública de la Nación. Desde esa fecha, hasta 1983<sup>25</sup>, pasó a denominarse Instituto Nacional de Rehabilitación del Sur, transformándose en un centro de salud pública nacional, pero con el compromiso de mantener el perfil de rehabilitación neuromotora con el que fue fundado.

Durante los difíciles años de la última dictadura cívico-militar, se vislumbra una mayor consolidación del área de la rehabilitación médica. Sin embargo, su tratamiento legislativo y su reconocimiento como problemática social continuó siendo postergada. Si bien los parlamentarios peronistas y radicales adoptaron en septiembre 1974 la ley 20923, concretizando así la idea del derecho al trabajo para las personas con discapacidad gracias a su mayor visibilización y movilización, los dirigentes militares la revocaron en marzo de 1981, con la sanción de la ley 22.431 (Bregain, 2012).

El General Videla, presidente de facto durante la última dictadura cívico-militar, acordó firmar dicha ley sobre la protección integral de las personas discapacitadas en marzo de 1981. La adopción de esta ley fue un instrumento utilizado por las autoridades militares para afirmar el aparente respeto de los derechos humanos en un contexto de dictadura, pero eliminando la obligación de las empresas privadas a contratar personas con discapacidad (Devoto y Fausto, 2008).

No obstante, durante este período agitado, las movilizaciones de las personas con discapacidad internadas en las instituciones elevaron las reivindicaciones otrora singulares y oficiosas al rango de problemas sociales. A escala local y nacional, de ese momento en adelante, parte del personal político y administrativo se preocuparon por el porvenir y la dignidad de los lisiados, que se habían constituido definitivamente, por su movilización colectiva, en un nuevo actor político con una notable presencia y participación en las conflictivas décadas posteriores.

---

<sup>25</sup> En 1983 cambió su nombre por Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur.

## CAPÍTULO 3

### LOS CONFLICTOS ENTRE LA INSTITUCIÓN Y EL ESTADO REFORMISTA (1992-1999)

#### 3.1. *Nuevos aires en días de nevada.*

Históricamente, el subsector público ha proveído los servicios financiados por el presupuesto estatal a través de la red pública de establecimientos de salud destinados a la población excluida del sistema de seguridad social. La mayoría de establecimientos que componen esta red ha estado a cargo fundamentalmente de cada uno de los Estados provinciales (aproximadamente dos tercios); mientras que algo más del 30% restante está a cargo de los Municipios, contándose una muy exigua proporción de los mismos que continúan a cargo del nivel nacional.

El ciclo de transferencia de poder administrativo desde el Estado Nacional hacia los Estados Provinciales, comenzado en 1955, se intentó completar a partir de 1990 vía fondos coparticipables. En la Ley N° 24.156<sup>26</sup> titulada Administración Financiera y de Los Sistemas de Control Del Sector Público Nacional de 1992 desaparecieron de la Secretaría de Salud las partidas destinadas a servicios hospitalarios, que representaban la quinta parte de los créditos del Ministerio de Salud y Acción Social. En efecto, se buscaba sustanciar las transferencias de las últimas dependencias nacionales: el Hospital Posadas, el Hospital Sommer, la Colonia Montes de Oca y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS).

A diferencia de las recomendaciones habituales para este tipo de reformas, no se buscaron, precisamente, niveles crecientes de eficiencia y equidad. Por el contrario, la descentralización del gasto social en Argentina obedeció a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales.

En la ciudad de Mar del Plata, más precisamente en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), la Ley de Presupuesto 24.061<sup>27</sup> para el ejercicio del año 1992 marcó el inicio de una serie de conflictividades que se extenderían a lo largo de una década.

Así lo expresaba durante una entrevista la Dra. Laura Valente, médica fisiatra y actual directora de la institución.

---

<sup>26</sup> Disponible en: [Ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional.](#)

<sup>27</sup> Disponible en: [Ley 24061 del 19/12/91.](#)

El inicio del conflicto está marcado cuando nos incorporan a la Ley de Transferencia de 1992 junto con el Hospital Posadas, la Colonia Montes de Oca y el Hospital Sommer (que logró salir); la cual establecía que nos transferían a la Provincia de Buenos Aires, pero sin los fondos necesarios. A su vez, la provincia no quería recibirnos y quedábamos ‘en el medio del río’. Mientras tanto, Nación nos daba un presupuesto hasta mitad de año, que no nos permitía planificar absolutamente nada.

Fue ahí que formamos, junto con la Lic. Adriana Lago (Trabajadora Social) la Asociación de Profesionales porque no teníamos plata. Necesitábamos plata para viajar o quedarnos un día en Buenos Aires. Fue todo muy rápido en ese mismo año porque “se nos prendía fuego todo” (agosto 2022).

En ese momento, confluyeron una serie de estrategias organizadoras frente a las nuevas reglas de juego que quería instaurar el Estado en relación a los servicios de atención pública. Desde el punto de vista institucional, se conformó la primera Asociación de Profesionales (1992), organismo que buscaba nuclear y programar la estrategia de lucha del personal de salud, al mismo tiempo que una modesta fuente de financiamiento para cubrir gastos y viáticos en viajes a la ciudad de Buenos Aires. Así pues, entre sus principales finalidades, se destacaba la de fomentar el espíritu de solidaridad entre los profesionales y propender por todos los medios lícitos al mejoramiento moral, intelectual, científico y laboral de los profesionales, gestionar ante los poderes públicos, las leyes, reglamentos y ordenanzas que se relacionen con el ejercicio de los profesionales que abarcan el arte de curar, fomentar los vínculos de camaradería y sociabilidad mediante reuniones de los asociados y sus familiares, representar a los asociados en la defensa de los intereses gremiales legítimos, e intervenir en la forma que considere eficaz cuando un asociado fuese agraviado en el ejercicio de su profesión y colaborar con las autoridades del INAREPS en la confección del presupuesto acorde con las reales necesidades de cada servicio (Actas de Asociación de Profesionales, Estatuto de Conformación, Título I, art. 3).

Desde el punto de vista sindical, se consolidó una estrecha alianza con la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) - sede Mar del Plata, conducida por la reciente llegada del por entonces Secretario General Daniel Barragán bajo la agrupación *Libertario Ferrari*, tan

sólo tres días después de la histórica nevada del 1 de agosto de 1991 que azotó a la ciudad de Mar del Plata.

La agrupación Libertario Ferrari buscaba continuar la línea de dos dirigentes históricos. El secretario general Victor Degenaro, que le había ganado el sindicato a una conducción más conservadora y vinculada a la dictadura militar. Él, junto con Germán Abdala, llevaron adelante la agrupación ANUSATE<sup>28</sup> con el característico color verde; imprimiéndole al movimiento obrero una visión muy clara de lo que tenía que ser el rol del Estado. En este sentido, Daniel Barragán señalaba:

Ante las consignas permanentes de achicamiento del menemismo, ATE planteaba que era necesario fortalecer el Estado para engrandecer a la Nación. Esa es la línea que se continuó permanentemente. La discusión no pasaba sólo por salarios o condiciones de medioambiente, sino nuestro propio rol como trabajadores del Estado. Eso influyó mucho en nosotros, que para ese entonces éramos jóvenes pero teníamos un recorrido de militancia en el campo nacional y popular (noviembre 2022).

Esa nueva corriente de jóvenes profesionales y sindicales fue la que se enfrentó incesantemente a los distintos avances del Estado, a través del Ministerio de Salud y Acción Social. Por supuesto que la adhesión no fue inmediata u homogénea. Entre las diferentes razones, se destacaba fundamentalmente la de índole consuetudinaria. La profesión médica, al ser representada como una disciplina clásica y liberal, no debía ‘mezclarse’ con reclamos propios de los sectores trabajadores, ni mucho menos a estrategias de lucha como podían ser movilizaciones o cortes de ruta. “Había internas, sólo una pequeña porción de los profesionales participaba en los conflictos, porque les parecía que no podían mezclarse con el sindicato. Cuando se cortaba la ruta, los médicos se iban por el costado y no podían bajarse de su pedestal” (Dra. Laura Valente, agosto 2022).<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Más información disponible en: [ANUSATE: a 41 años de su nacimiento - ATE](#)

<sup>29</sup> Por otro lado, aunque sin tanto eco en los medios locales y con una representatividad limitada la Asociación Marplatense Pro-Ayuda al discapacitado psicofísico, organización conformada por familiares de pacientes internados y por intermedio de su referente Cristina Roger, se manifestó en reiteradas ocasiones en contra del rumbo que había tomado el instituto y expresaba su apoyo al traspaso a manos de la provincia de Buenos Aires, señalando que “mejorará el funcionamiento de esta institución que tanto se ha ido desvirtuando con el correr de los años. Con la conducción del doctor Orozco, el instituto perdió mucha de la gente que trabajaba allí, incluso el apoyo de muchas entidades y el personal se fue retirando. Yo le pregunto, ¿por qué el instituto se ha transformado casi en un geriátrico, en vez de dedicarse a la rehabilitación?” (Diario La Capital. 30/11/97).

El primer conflicto importante, junto con los intentos de transferencia, que acaparó la atención de los principales medios locales fue el interés de la Provincia de Buenos Aires de convertir el INAREPS en un instituto neuropsiquiátrico a partir de 1992, provocado por las reiteradas menciones de un cambio de perfil institucional basado en las necesidades de la estructura sanitaria provincial en la atención materno-infantil, psiquiátrica y de enfermos terminales. Si bien los integrantes del instituto no desconocían las necesidades sanitarias provinciales, se vieron urgidos en defender su posición, pues para ese entonces ya se brindaba atención a una población que superaba los cinco mil enfermos, cuyo origen no sólo trascendía Mar del Plata, sino también a la Provincia de Buenos Aires, para extender su área programática al resto del país.

Un común denominador de éste y los subsiguientes avatares, era la no casual falta de información/comunicación clara y precisa entre las autoridades y la institución. Las noticias llegaban a través de comentarios o testimonios de distintos actores intermedios con poca incidencia real en la mesa de negociaciones, lo cual provocaba dos grandes vicisitudes. Por un lado, emergían suspicacias entre los trabajadores frente a un abanico de posibilidades que orbitaba desde la falsedad de las noticias hasta el posible cierre del instituto de rehabilitación y la pérdida de los puestos de trabajo. Por otro lado, se intentaba licuar la capacidad de organización y lucha del instituto, al enfrentarse a una amenaza sin rostro ni acciones claras.

El Lic. Daniel Palos, que en ese entonces ya se desempeñaba como Jefe del Área de Terapia Física del instituto y era miembro activo de ATE-Mar del Plata, mencionaba:

La conversión en un neuropsiquiátrico fue el detonante. No sabíamos nada y estábamos con miedo. Yo me enteré de la situación en un día habitual de trabajo en el que trajeron a una persona que estaba detenida en la unidad correccional de Batán a hacer tratamiento. En ese momento, uno de los guardias me dijo: “Ustedes ya perdieron, acá van a poner un neuropsiquiátrico. ¿Sabés todos los presos que se van a hacer pasar por locos?”

Con la transferencia sucedió lo mismo, un día nos visitó Pacheco (Ministro de la Provincia de Buenos Aires) y ahí nos dimos cuenta que nos pasaban. Él se presentó como que todo estaba listo e incluso una parte de la conducción institucional estaba de acuerdo en todo, ya se habían asegurado sus cargos (agosto 2022).



A mediados de noviembre de ese mismo año, los diarios locales comenzaron a hacerse eco de las primeras movilizaciones del instituto. Ante la doble amenaza de su posible conversión en neuropsiquiátrico junto a su transferencia a la órbita provincial a partir de 1993, comenzó a tejerse una amplia alianza que incluyó profesionales de la salud, pacientes, familiares, sindicalistas nucleados en ATE y concejales municipales, como fue el caso del edil radical Luis María Comte (Diario El Atlántico, 13/11/1992: 3).<sup>30</sup>

Esencialmente, las estrategias iniciales consistieron en movilizaciones pacíficas hacia el Concejo Deliberante y pronunciamientos de los profesionales, junto con la comunidad en general, para intentar frenar la conversión o, al menos, dar a conocer las funciones y la importancia social del instituto en materia de rehabilitación ya que, a pesar del paso de los años, gran parte del imaginario colectivo lo seguía asociando al viejo Cerenil que vacunaba contra la poliomielitis.

Sin embargo, en la práctica, la cadena de comunicaciones y las redes de relaciones personales (teniendo en cuenta que en esa época sólo se lograban de manera personal, por teléfono fijo o fax) fueron fundamentales para esclarecer la incertidumbre institucional y laboral que se vivía. En efecto, el director del instituto Dr. Jorge Orozco, si bien tenía posiciones encontradas con los trabajadores nucleados en la Asociación de Profesionales, estuvo presente en cada movilización y fue quien logró una reunión con la cúpula de la delegación local de la Confederación General del Trabajo (CGT) liderada por el sindicalista afín al menemismo Abdul Saravia.<sup>31</sup> Fue justamente ese ‘puente’ el que generó una comunicación telefónica con el subsecretario de Salud de la Nación, Luis María Sisto, quien desmintió terminantemente que el INAREPS pudiese convertirse en un Centro Neuropsiquiátrico (Diario La Capital, 15/11/1992). Así lo titularon los diarios:

### No habría neuropsiquiátrico

---

<sup>30</sup> En general, el bloque radical de la ciudad e, incluso, de la Provincia de Buenos Aires acompañaron los reclamos del INAREPS en los distintos niveles de organismos legislativos. En los fundamentos, el diputado radical Dr. Enrique Marcelo Honores, declaraba que “vería con especial agrado que el Poder Ejecutivo Bonaerense desestime definitivamente, convalidar el traspaso a la órbita del Estado provincial del INAREPS para su conversión en hospital neuropsiquiátrico. No decimos que un neuropsiquiátrico no sea necesario, sostenemos que de ninguna manera puede desactivarse un centro de rehabilitación para disfunciones físicas” (Diario El Atlántico, 14/11/1992: 12)

<sup>31</sup> Abdul Saravia nació en la ciudad de Balcarce en el año 1937. Llegado a Mar del Plata, ingresó a la actividad pesquera en 1955 como trabajador de la conserva en la empresa *La Campagnola*. En 1965 participó de la toma del SOIP y en 1969 ascendió a secretario general del gremio. En 1992 llegó, además, a la secretaría general de la CGT regional, cargo que ocupó hasta 1996. Saravia estaba afiliado al Partido Justicialista. Fue Consejero Provincial en representación del Partido de General Pueyrredón y participó activamente de la organización en la década del ‘80 y la del ‘90. Al mismo tiempo, el dirigente fue uno de los hombres fuertes de *Federalismo y Liberación Línea Nacional Rojo Punzó*, agrupación que impulsó desde 1986 la candidatura de Carlos Menem a la jefatura de la Nación (Colombo, 2015).

Con las firmas de Abdul Saravia y Guillermo Sklenard, secretario general y gremial e interior respectivamente de la delegación local de la CGT, se dio a conocer un comunicado por el cual se informa que, a través de gestiones, pudo establecerse que el INAREPS no se convertirá en un centro psiquiátrico. Jorge Valentini, titular de la Zona Sanitaria VIII, enfatizó que todo seguirá igual en el INAREPS. “Es totalmente falso. En principio, nadie habló de transformar al INAREPS en un hospital psiquiátrico, sino que sólo se evaluó la posibilidad de disponer de uno de sus pabellones para la atención de pacientes con esas patologías (Diario El Atlántico, 17/11/1992: 6).

Lo que parece una narración anecdótica sobre una serie de reuniones y llamados telefónicos, en realidad exhibe la realidad que se vivía cotidianamente en la institución, en particular, y en el área de los servicios públicos de salud, en general; caracterizada por una falta total de comunicación y planificación y una política de desgaste e incertidumbre no sólo con los profesionales, sino también con los pacientes y familiares. Sobre esta situación inicial, la Dra. Laura Valente recordaba:

La sensación de estar en peligro era terrible. En el mismo momento que nos querían transferir a nosotros a provincia, el instituto de rehabilitación de Capital Federal era municipalizado<sup>32</sup>. Al Intendente lo ponía el Presidente y lo pasaron directamente (mecanismo previo a la reforma constitucional de 1994). Entonces, el único que quedaba a nivel nacional para cubrir las necesidades éramos nosotros. Por otro lado, los que defendíamos el lugar, entendíamos que si se instalaba un neuropsiquiátrico iba a haber un montón de gente que se iba a quedar sin atención de rehabilitación de manera pública y gratuita.

Al principio nos costó organizarnos, pero después teníamos una gimnasia para cortar la ruta o lo que fuera... no se discutía (agosto 2022).

---

<sup>32</sup> El Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P.) fue, en un principio, la renombrada "Ciudad infantil" en 1949, y en 1956 se transformó en el centro de atención para las víctimas de la epidemia de polio. Desde el año 1992 el instituto comenzó a ser municipal; quedando el INAREPS como única institución pública de rehabilitación a nivel nacional.

Esa gimnasia que la coyuntura instalada por el menemismo obligó a desarrollar, fue rápidamente ‘aceitada’ dentro de una alianza conformada por los profesionales de todas las instituciones nacionales de salud, en la que se destaca el Hospital Posadas, y el arco sindical nucleado en la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).

A fines de abril de 1993, tan solo meses después de lo que fue la incertidumbre producida por la idea de instalar un neuropsiquiátrico en desmedro de la rehabilitación, emergió una nueva protesta y movilización de toda la comunidad del instituto en reclamo por el retraso en un pago adicional de 200 pesos. La situación crítica denunciada por los trabajadores no sólo se centralizaba en el adeudamiento adicional que se pagaba sobre un salario de 180 pesos mensuales<sup>33</sup>, sino también en la reducción del plantel de personal profesional y no profesional. Asimismo el estado de incertidumbre constante que provocaba la falta de definición acerca de la permanencia o no del instituto en la órbita nacional.

En este sentido, la situación era cada vez más crítica por un doble proceso que se acentuaba exponencialmente. Por un lado, el Estado nacional intentaba retirarse en su rol de prestador de servicios públicos de salud; por el otro lado, los niveles crecientes de desempleo y precariedad socioeconómica de la población generaba una mayor demanda sobre un sistema de salud público debilitado. Juan Carlos Linde, director asistente, explicaba que “la situación del instituto en cuanto a atención día a día crece más porque el trabajador asalariado no puede concurrir más a las clínicas o consultorios particulares” (Diario El Atlántico, 21/4/1993).

Las jornadas de paro, ollas populares frente a la ruta 88 (que por la situación crítica, se limitaban a un mate cocido) y movilizaciones se extendieron por cuatro días. Durante la tercera jornada, el Sec. Gral. de ATE Daniel Barragán sostenía frente a los medios locales que “los otros dos institutos, que son el Hospital Posadas y la Colonia Montes de Oca, ya han cobrado esa asignación adicional por lo menos desde hace 15 días atrás. Ambos suman 2600 trabajadores, lo que significa 520 mil pesos. Los nuestros serían solamente 32 mil pesos y no entendemos por qué no se hacen efectivos, A lo mejor es porque estamos a 400 kilómetros (Diario El Atlántico, 23/4/1993).”

Esa distancia geográfica y comunicacional, sumada al desprestigio que sufría (aún hoy) el área de la rehabilitación, en un instituto relativamente más chico que sus pares

---

<sup>33</sup> Para tomar como referencia, el Salario Mínimo, Vital y Móvil vigente desde 1993 hasta 2003 era de \$200. Es decir, el sueldo de los profesionales de la salud pública estaba por debajo del mínimo pautado desde el Estado. Para abril de 1993, la Canasta Básica Alimentaria (CBA: línea de indigencia) estaba fijada en \$60,89 y la Canasta Básica Total (CBT: línea de pobreza) en \$137,01. Información disponible en las series históricas del INDEC: [Estadísticas históricas](#).

nacionales y con menor cantidad de pacientes, incrementaba la dificultad para encontrar una solución efectiva.

Ante ese panorama, las estrategias de lucha y resistencia para hacerse escuchar en el Ministerio de Salud y Acción social de la Nación, a 404 km de la Capital Federal, debían tener un componente constante de creatividad. Fue así que, durante la última jornada de paro, médicos, empleados y varios pacientes iniciaron, junto a los directivos de ATE, una caravana en numerosos vehículos que recorrió un extenso recorrido que tuvo escalas en los medios de difusión de la ciudad. En la esquina de Luro e Yrigoyen (sede de la Municipalidad) se produjo una concentración que se mantuvo aproximadamente una hora y que contó, nuevamente, con el expreso apoyo del bloque radical local y provincial<sup>34</sup>. Es de señalar que en la concentración se hicieron presentes representantes de la mesa de enlace de jubilados y pensionados, Sindicato Luz y Fuerza, Federación de Asociaciones Vecinales de Fomento y la Asociación Bancaria (Diario El Atlántico, 23/4/1993: 7).

Sobre este tema, Daniel Barragán recordaba:

Lo inédito fue la emergencia del instituto en protestas y cortes de calle, incluso antes de lo de Cutral Có<sup>35</sup>. Fue una metodología muy masiva de parte de los trabajadores del instituto, al inicio con cierta timidez pero que lograron una capacidad de organización corporativa que nos garantizó un aceitado trabajo organizativo y en un lugar emblemático como era el ingreso a la ciudad desde la ruta 88. Debo decir que, más allá de todo, era un desafío de creatividad para conmovier. Era luchar contra un enemigo a 400 km (noviembre 2022).

El desenlace tuvo numerosos componentes similares al conflicto previamente analizado. La renuencia del personal del INAREPS frente a la inestabilidad del instituto, en este caso el componente salarial, tuvo su solución mediante una serie de contactos personales

---

<sup>34</sup> Con la firma del concejal José María Conte y el aval de la UCR, se presentó un proyecto de Resolución al Consejo Deliberante. En los considerandos del proyecto presentado por Conte, el edil destacaba que “la situación de extrema gravedad por la que atraviesa el personal del mencionado instituto. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación tiene bloqueados fondos generados por el cobro de prestaciones a las Obras Sociales en el INAREPS por alrededor de 300.000 pesos, que la disponibilidad de los mismos daría la solución de numerosos problemas de infraestructura que hoy se sufren”. El legislador radical, Enrique Honores, también exhortó al ministro de Salud y Acción Social de la Nación para que procediera al pago de los haberes adeudados al personal del INAREPS (Diario El Atlántico, 24/4/1993).

<sup>35</sup> Las puebladas de Cutral Có y Plaza Huinul, también conocidas como *cutralcazos*, fueron una serie de protestas populares en las ciudades argentinas aledañas de Cutral Có y Plaza Huinul sucedidas principalmente en 1996 y 1997. Tienen importancia histórica por ser consideradas el inicio de los movimientos de desocupados y piqueteros aparecidos para luchar contra las políticas económicas aplicadas en la década de 1990 por el presidente Carlos Menem en el marco del Consenso de Washington de 1989.

que resolvieron la problemática; visibilizando la desprolijidad estatal que existió para transformar el área de la salud. En efecto, se llevó a cabo una reunión entre los gremios y el viceministro Ricardo Esber, quien rápidamente destrabó la situación con el pago del adicional de los 200 pesos (Diario La Capital, 24/4/1993: 7).

Así pues, mientras que las formulaciones teóricas sostenían la necesidad imperiosa de reducir el peso relativo del Estado en la sociedad en pos de incrementar su racionalidad y eficiencia, en la práctica, su propia retirada se daba de una manera, por lo menos, improvisada que conducía a una negociación intermedia con ‘parches’ que no respondía a las necesidades críticas que vivía el INAREPS, como tampoco a una transformación estructural de los servicios públicos de salud.

### 3.2. *El paradigma de la autogestión hospitalaria.*

Aunque la necesidad de una reforma parecía *a priori* innegable, los condicionantes que motivaron el cambio fueron ajenos al proceso de salud-enfermedad de la población. En primer lugar, debe señalarse que algunos de sus motores principales provienen de las necesidades puramente económicas: resguardar el equilibrio fiscal, desvinculándolo de gastos en salud, disminuir los costos laborales y crear oportunidades de inversión de capital (González García y Tobar: 1997).

La conflictividad que emergió entre 1992 y 1995, producto del cambio en las reglas de juego se tradujo en el INAREPS de diversas formas: descentralizarlo hacia la provincia de Buenos Aires (con la negativa constante de esta última a recibirlo), limitar su presupuesto a un máximo de seis meses vía decretos, incumplir con el pago de los salarios de los trabajadores en tiempo y forma, obviar cualquier tipo de inversión en infraestructura y, finalmente, incluirlo en el régimen de hospitales públicos de autogestión.

Similar al proceso vivido en el Hospital Posadas (Crojethovic y Ariovich, 2006), el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur fue incluido en el programa de autogestión hospitalaria, segundo paso tras la frustrada descentralización que buscaba descomprimir los gastos en atención pública, al permitirles cobrarles a aquellos usuarios que contaran con obra social o la emergente medicina prepaga.

El gobierno nacional impulsó la llamada política de “Hospital Público de Autogestión” (en adelante HPA), a través de la cual buscaba mejorar el desempeño de los

hospitales públicos argentinos.<sup>36</sup> Central en esta política estaban los conceptos de mayor autonomía, rendición de cuentas, alineación de incentivos y gestión por resultados en los hospitales públicos. La descentralización del sector, ocurrida años atrás, servía de marco general para avanzar en esta transformación (Demarche, 2004: 23). De esta manera, la Secretaría de Salud de la Nación se reservaba la función de orientación política y asistencia técnica, delegando en los ministerios provinciales la administración de establecimientos y programas.

El discurso oficial legitimaba la reforma al sostener que, con mayor autonomía de gestión, tanto de establecimientos educativos (frecuentemente universidades) como sanitarios (grandes hospitales y centros de alta complejidad), se podrían realizar un mejor uso discrecional de sus recursos y orientar la producción de servicios en consonancia con las necesidades de la población local. Es decir, “una alternativa centrada en la demanda que podía configurar una estrategia de atomización en la cual los establecimientos públicos ganaban plena autonomía de gestión sin necesidad de remitirse la coordinación de la autoridad local.” (Tobar, 2004: 18).

Es por ello que la descentralización se formuló como condición necesaria para lograr la autogestión, proceso que se concebía como instrumento a fin de mejorar las técnicas de organización y administración del ente descentralizado, a partir del cual los objetivos planteados en primera instancia pudiesen lograrse. El HPA actuaría entonces como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades legales que le asignara la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Dicha iniciativa se materializó a principios de 1993 con el Decreto N° 578, a partir de la sanción de la normativa que dio cuerpo al Hospital Público de Autogestión.<sup>37</sup> El HPA no configuraba en sí un modelo de gestión pero establece algunas de las principales decisiones en la formulación de dichos modelos. De esta manera, resguardaba autonomía a cada provincia y/o establecimiento para precisar los detalles de la estrategia más adecuada para la búsqueda de un nuevo modelo de gestión. Esencialmente, el Hospital Público de Autogestión se constituyó en el autofinanciamiento a la vez que se transformó en obra social dependiente, en tanto debía obtener financiamiento mediante la facturación a las obras sociales, eliminando los copagos en el sistema público de salud.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Sus principales ejes estaban centrados en el arancelamiento diferencial y el cobro de prestaciones al sistema de Obras Sociales.

<sup>37</sup> Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/12550/norma.htm> Consultado entre marzo y mayo de 2020.

<sup>38</sup> Hacia el año 2000, los HPA tuvieron un alto grado de circulación en los medios de comunicación al conocerse presuntas maniobras de sobrefacturación a las obras sociales, especialmente PAMI. Por otra parte, varios

Es decir, el rol del hospital público quedó redefinido dentro del sistema mercantilizado de salud de atención médica, al establecer que debía actuar como un organismo descentralizado (Visillac y Muchbinder, 1996). El nuevo modelo transformó así al hospital en una empresa de salud inserta en una compleja red prestadora de servicios, rompiendo con el discurso de gratuidad y universalidad atribuido al subsector.

Acorde al Decreto n° 578 del Poder Ejecutivo, la figura del HPA continuaría recibiendo los aportes presupuestarios que le asignara su correspondiente jurisdicción para el habitual funcionamiento de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asistiese, tendiendo a reemplazar progresivamente el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Así pues, los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud estarían obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demandaran a los HPA (Art. 1°). Esto podría hacerse mediante contratos realizados por las partes para la atención de sus beneficiarios, preferentemente en base a contratos de riesgo con la modalidad de capacitación o cartera fija (Art. 13°).

Por otra parte, un documento oficial del *Programa de Reforma del Sector Salud* establecía que el proceso de transformación, que redundaría teóricamente en un incremento en el uso racional de los recursos públicos y propios del hospital y en la eficacia del sistema de facturación y cobranza a las obras sociales y prepagas, en ningún caso implicaría finalidad de lucro en la acción hospitalaria, ni daría lugar bajo ningún concepto a la disminución de los créditos oficiales asignados en función de presupuestos avalados por los respectivos Ministerios de Salud, ni de discriminación alguna en la atención de la demanda natural por parte de sus pacientes. Por el contrario, implicaría la disponibilidad de mayores recursos financieros, por la posible disminución del subsidio a terceros pagadores como consecuencia de la eliminación de las prestaciones no facturadas o impagas a los usuarios con cobertura o capacidad de pago (PRESSAL, 1995).

Así pues, el Estado Nacional adquirió ciertos rasgos y atributos que marcaron una clara metamorfosis en su fisonomía, dominio funcional y papel frente a la sociedad. Por ejemplo, al obligar a los hospitales a promover acciones tendientes a incrementar sus

---

establecimientos tercerizaron el sistema de facturación, lo privatizaron. A cambio, las empresas que brindaban el servicio comenzaron a quedarse con entre el 15 y el 30 por ciento de los montos que luego cobraban a las obras sociales. Son algunas de esas empresas las que también están sospechadas de sobrefacturar por servicios no prestados. “Así, un sistema que la mayoría de los especialistas consideró bueno terminó desnaturalizándose, al abrigo de cláusulas legales que tan sólo fueron revisadas hace tres meses.” (Diario La Nación, 2000). Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/investigacion-hospitales-publicos-nid23357> Consultado el 16 de abril 2020.

presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas, apareció un nuevo accionar del Estado (subnacional) como cajero, como recaudador central de los recursos y principal asignador de los mismos mediante el presupuesto de gasto consolidado.

En el INAREPS, la idea de pasar a ser un hospital descentralizado era visto como una alternativa de autonomía y modernización que fue recibida con beneplácito por parte de las autoridades, comandadas por el Dr. Orozco. Sin embargo, en la práctica poca influencia tuvo en el resultado final presupuestario y salarial. Sobre este tema, la Dra. Laura Valente explicaba:

Actualmente seguimos siendo un Hospital de Autogestión. Un día vino Orozco muy contento a decirnos que éramos un Hospital de Autogestión. Íbamos a poder facturar y cobrar a las Obras Sociales. Lo que pasó fue sumar más trabajo burocrático, pero no nos pagaban realmente y al día de hoy tienen sumas millonarias de deuda con nosotros. Actualmente, lo que cobra cada profesional en concepto de autogestión es \$3700 (agosto 2022).

El Licenciado Daniel Palos planteaba otro tema interesante:

Nos tentaban con que eso iba a ser una fortuna. En realidad es una ayuda que complementa nuestro sueldo bajo. Pero la discusión entre nosotros fue interesante. Si pasábamos a ser autogestionados y recaudar... ¿Qué hacíamos con el que no podía pagar y no tenía cobertura? Varios compañeros plantearon que estaban para trabajar por la salud pública, pero nos ponían en el apriete entre atender o cobrar para comer. Todo nos hizo crecer un montón y conformar una idea de lo que queríamos en la institución.

El concepto del HPA estaba inmerso en el esquema reformista propio de la época. Se planteaba la necesidad de descomprimir el sector público cobrándole a aquellos que tuvieran los recursos o la cobertura necesaria, para mejorar la atención gratuita a los sectores más desfavorecidos. Sin embargo, como sostienen los entrevistados, lo único que se generó fue una mayor burocracia administrativa y una nula transformación en la atención hospitalaria.



Así pues, desde el punto de vista de la equidad, la idea central consistía en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes con menores recursos. La experiencia, ciertamente no muy extensa y contradictoria, no logró alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en un proceso que tenía una clara incidencia sobre la equidad del sistema. Los escasos recursos logrados provenían, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a obras sociales. Así pues, el sistema no logró nutrirse de recursos por prestaciones adicionales efectuadas a capas poblacionales de mayores recursos económicos (Cetrángolo y Devoto, 2002: 14 y 15).

Si bien este decreto fue derogado en octubre de 2000 por el aún vigente decreto N° 939/00<sup>39</sup>, sigue siendo un antecedente normativo fundamental para entender el proceso de reforma del sector salud.

Denominado "Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada", el decreto 939/00 conserva la mayoría de las disposiciones contenidas en el Decreto 578/93, entre ellas una de sus más relevantes: "cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga" (Decreto N° 939/00, art. 8). No obstante, esta nueva normativa establecía la necesidad de subsanar ciertas dificultades que sucedieron a lo largo de la puesta en marcha del Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión. Si bien no se explicitan las dificultades a modificar, se puede observar la supresión de los conceptos que ponían en duda la gratuidad o privatización de los servicios hospitalarios.

Como se visibiliza en el INAREPS, los resultados de la puesta en marcha de hospitales de autogestión fueron escasos. Si bien dicha experiencia no puede trasladarse a la totalidad de las instituciones que fueron incluidas en el programa por encontrarse en diversas jurisdicciones y aún entre diferentes instituciones en una misma jurisdicción, la evaluación de puede ser catalogada como negativa por su intrascendencia en la transformación del área pública..

Así pues, el proceso de autogestión se revela como un simple y desordenado traspaso de la gestión de los mecanismos técnico-administrativos. Esto se debió a que no hubo desde el Ministerio de Salud una estructura institucional articulada de unidades responsables de la formulación y ejecución de políticas de salud, que permitiera llevar adelante el proceso de

---

<sup>39</sup> Disponible en: [Decreto 939/2000](#).

descentralización tal como fue diseñado en sus objetivos programáticos. En este escenario, la descentralización hospitalaria, que podría ser entendida como un proceso de reforma del Estado, en realidad constituye un proceso que contempla medidas que sólo instrumentan el desplazamiento fronterizo trazado entre los dominios legítimos de la sociedad y el Estado Nacional. Correlativamente, la descentralización también modifica el campo de acción de ciertos actores sociales, produciendo una serie de consecuencias sobre las relaciones de producción, la legitimidad de los dominios públicos y privados, y el poder relativo de diferentes actores sociales o estatales. (Crojethovic y Ariovich, 2006: 22 y 23).

Por otra parte, la implementación del cobro de servicios brindados a los beneficiarios de obras sociales fue difícil, aun cuando una disposición posterior hizo directamente responsable a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSaL) por el pago de las respectivas facturas. Las trabas y dificultades burocráticas y la disminución de los recursos de las obras sociales hizo que, en general, la recuperación efectiva del gasto se estimara en alrededor de un 30% de lo facturado. Sin resolver las necesidades financieras de los hospitales, se profundizó aún más la inequidad general del sistema.

### *3.3. La segunda reforma del Estado.*

Los conflictos vividos entre el instituto y el Estado se pueden clasificar en dos grandes momentos. El primero de ellos, comprendido entre 1992 y 1996, estuvo caracterizado por el intento deliberado de la Nación por achicar sus fronteras públicas y reducir su peso relativo, en este caso, en la provisión de servicios públicos de salud a la sociedad. Mientras que el segundo momento, entre 1996 y 1999, se centró en la reconfiguración del propio aparato del estado.

En términos de O. Oszlak (1999), la segunda reforma ya no aludía a nuevos intentos por jibarizar la macrocefalia estatal, sino a producir cambios más cualitativos, que mejoren las capacidades de gestión pública. Se trata ahora de fortalecer lo que quedó del estado, más que minimizar su intervención social. En la práctica, este nuevo período parecía estar inspirado más por urgencias fiscales y presupuestarias (para 1996, la deuda pública ya superaba los mil millones de dólares), que por una legítima convicción de preservar un rol trascendente y eficiente para el Estado en materia social y económica.

En otras palabras, el Sec. Gral. Daniel Barragán lo sintetizaba de la siguiente manera:

Yo creo que este período se divide en dos etapas: la del '91 al '96 con el tema de la transferencia, pero se agudiza la problemática a partir del '96 cuando se produce la Segunda Reforma del Estado. En nuestra ciudad, si bien no pasó en el INAREPS, en el Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo Pesquero (INIDEP), el complejo turístico Chapadmalal, el Instituto Nacional de Epidemiología (INE) y el Mercado Concentrador Pesquero se produjeron despidos masivos e, incluso este último, desapareció definitivamente (noviembre 2022).

En los medios nacionales, la nueva embestida del Estado era anunciada con bombos y platillos, al sostener que “cerca de u\$s 230 millones al año podría ahorrar el gobierno con el nuevo esquema de administración. (...). La reducción más importante provendrá de la transferencia a la provincia de Buenos Aires de los hospitales nacionales (...) El mayor porcentaje de esa cifra -u\$s 52 millones- será ahorro casi inmediato ya que pasarán a la órbita provincial rápidamente”. En el INAREPS, dicha embestida se materializó en las fuertes disputas que se iniciaron a fines de 1996 por la falta de presupuesto para el año siguiente y por la efectivización del traslado a la provincia, en cumplimiento del decreto 660/96.<sup>40</sup>

El ajuste resultaba paradójico en momentos en que la demanda en los centros asistenciales públicos crecía a la misma proporción que las necesidades de los sectores más desprotegidos. En concreto, la Comisión de Salud presidida por Corchuelo Blasco, había dispuesto destinar para el instituto un presupuesto de 3.72 millones de pesos, representando un recorte del 19% respecto a los 4.6 millones del año previo (Página 12, 15/11/1996). A nivel nacional, y en pleno brote de la epidemia de hantavirus<sup>41</sup>, la reducción establecida para todos los centros nacionales implicaba una reducción de fondos del 37% en insumos y de un 12% en personal (aproximadamente unos 150 agentes).

---

<sup>40</sup> Art. 43. - El Ministerio de Salud y Acción Social efectivizará las transferencias pendientes a la provincia de Buenos Aires de los hospitales incluidos en la Ley de Presupuesto N° 24.061/1991.

<sup>41</sup> La enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente producida por virus ARN pertenecientes a la familia Bunyaviridae y transmitida por roedores silvestres. Los virus tienen una distribución mundial, y producen en los seres humanos dos formas clínicas graves, la Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal en Asia y Europa y el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SPH) en América. La gravedad de la enfermedad, su alta letalidad y el escaso conocimiento de su epidemiología y de sus aspectos clínicos causaron gran preocupación entre los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud. Hasta el 7 de marzo de 1998, en la Argentina se había notificado un total de 142 casos, en particular en las provincias de Salta y Jujuy, en el noroeste; en Santa Fe y Buenos Aires en la zona central del país, y en las provincias de Río Negro, Chubut y Neuquén en el sur. La media de edad de los casos de SPH fue de 34,7 años, con límites de 4 a 71 años. La tasa global de letalidad por SPH era de 44% (OPS, 1999: 8).

Ante este panorama, la reacción del INAREPS fue inmediata. Con cortes en la ruta 88, el personal del instituto, junto a pacientes y familiares, comenzaron a manifestarse en reclamo de la falta de presupuesto, secundados por el apoyo de los vehículos que ingresaban por la banquina a la zona sur de la ciudad. Sus disputas no eran aisladas, sino que comenzó a tejerse una alianza con otras organizaciones institucionales locales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) y del Instituto Nacional de Epidemiología (INE), confluyendo en la marcha hacia el palacio municipal y fundaba en la similitud de sus reclamos. La situación crítica ya databa de cuatro años, pero como señalaba en la convocatoria la Dra. Valente junto con las doctoras Miriam Elorriaga y Elisa Kaiser, en esta nueva etapa “directamente la Nación nos dejó sin presupuesto y la provincia no nos recibe. Este establecimiento cuenta con 70 internados, recibiendo diariamente a 800 personas en calidad de ambulatorios y manejando nada menos que cerca de 7.900 historias clínicas, en donde por lo menos el 60% de ellos no son de Mar del Plata y la gran mayoría vienen del Sur de nuestro país, porque el Instituto es cabecera de referencia de esa zona” (Diario La Capital, 19/11/96: 11).

Por otra parte, los viajes detallados en las actas de la Asociación de Profesionales del instituto hacia Capital Federal aumentaron considerablemente entre octubre y noviembre (folios 99 y 100). Con la presencia de varios de sus integrantes, como los licenciados Daniel Palos, Silvio González y Adriana Lago, el objetivo estaba claro: participar de las movilizaciones propuestas, fundamentalmente, por el Hospital Posadas, concurrir a la Dirección Nacional de Rehabilitación, a cargo del Dr. Badaracco, en busca de asesoramiento técnico y mantener conversaciones con distintos diputados nacionales que eran miembros activos en la Comisión de Salud.<sup>42</sup>

Los reclamos tuvieron cierta repercusión política en el Congreso de la Nación por medio del diputado radical Néstor Mario Saggese, durante el tratamiento del artículo 42 del proyecto de Ley de Presupuesto para 1997 que establecía que la partida presupuestaria sólo se extendía hasta el 30 de junio de ese año. En aquel entonces, el legislador sostenía que “debería hacerse el esfuerzo de tomar partida de gastos reservados y volcarlas a estos institutos (...) ya que la misma provincia ha rechazado tenerla bajo su órbita a modo de castigo, diciendo que los discapacitados podrá curarse sólo hasta junio del año próximo y

---

<sup>42</sup> Se destacan los encuentros con el diputado Rodil (FREPASO), el diputado Vitar (Frente Grande), el Presidente de la Comisión de Salud, Corchuelo Blasco (PJ) y la Vicepresidenta de la Comisión de Salud, Cristina Guevara (UCR).

después comenzarán a transitar por la ruta a la espera de que alguien los recoja” (Diario La Capital, 1996, s/p).

La difusión pública no se limitaba a esos espacios, sino que el personal del instituto manifestaba su situación, mediante cartas y presentaciones enviadas a periodistas locales y de Capital Federal, a la Unión del Comercio, la Industria y la Producción de Mar del Plata (UCIP) y al obispado local a cargo de Monseñor Laguna, detallando la misión y el funcionamiento del INAREPS y su problemática, donde se destaca la exposición del director Dr. Orozco en el Concejo Deliberante del municipio. En el mismo, señalaba:

Lo que nosotros venimos a pedir a este HCD es que se envíe una carta al señor Ministro de Salud Pública de la Nación, Dr. Alberto Mazza, y se nos garantice el presupuesto. Es muy importante para nosotros continuar con este presupuesto y continuar siendo nacionales. Este es el instituto que tiene como polo de desarrollo toda la responsabilidad de la rehabilitación del sur argentino. Capacitamos a las personas para el sur argentino y capacitamos recursos humanos en todas las disciplinas de rehabilitación.

Yo no quiero nada más que agradecerle al HCD y me voy a mandar un chivito como para que me ayuden en algo, hace 17 años que este humilde director, está solicitando un semáforo. Fijense qué poco, un semáforo, no sé cuánto vale un semáforo, pero yo sé lo que cuesta a un discapacitado cruzar la ruta 88.

Sin embargo, a diferencia de las cadenas de negociaciones que se establecían en el período anterior, la actitud del gobierno en esta etapa fue inflexible. Bajo la administración del mencionado ministro Mazza, recordado por ser presidente fundador de la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP), presidente del grupo GALENO y por su gestión orientada a la desregulación de las obras sociales (Clarín, 22/9/96), el presupuesto inicial de 20 millones de pesos a repartir entre todos los establecimientos nacionales fue aprobado en la Ley n° 24.764 para el ejercicio de 1997.

En diálogo con la Dra. Valente y el Lic. Palos, recordaban:

En ese momento, el Estado se había transformado en nuestro propio enemigo. El Ministerio estaba para hacernos desaparecer. Se querían sacar el problema de encima y pasarnos a provincia. Cuando estaba el

ministro Mazza, nos recibían Martínez (secretario), Lemus (subsecretario) y Chantore (asesor legal). En pocas palabras, su lógica era ¿cómo va a recibir trabajo un discapacitado si había gente mejor preparada? Su interés en la supervivencia del instituto era nulo (Valente, agosto 2022).

Cuando les planteábamos los problemas, aflojaban algo y se arreglaba en el momento. Pero apostaban a nuestro desgaste, pasábamos horas esperando en el ministerio. Hay que tener en cuenta el contexto. En el momento de esplendor de la TV con Tinelli no se podía ver nada feo, sucio o roto. Tenían miedo de lo que podíamos hacer. No estaba tan instalado el tema en la sociedad como ahora (Palos, agosto 2022).

Si bien se logró postergar nuevamente el traspaso a la provincia, sumada a la reiterada negativa de esta última por recibirlos, a nivel presupuestario la situación se volvió alarmante. En su art. 41, se establecía un aporte de \$20.000.000 para atender hasta el 30 de junio de 1997 (con posibilidad de ampliarlo en proporción al incremento de los recursos del Tesoro) los gastos de funcionamiento del Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas", del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" y del Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán".

El único paliativo que se obtuvo fue mediante las Resoluciones del Ministerio de Salud y Acción Social N° 458 y 546/97, incrementando el aporte para atender los gastos los tres primeros en la suma de \$1.730.000 cada una. Sumando estas dos modificaciones al aporte inicial de \$20.000.000 establecido por dicho artículo, arrojaba un crédito definitivo por ese concepto de \$23.188.720; los cuales se devengaron en su totalidad de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro 6:

Denominación	Devengado (en \$)
Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas"	16.848.720
Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca"	3.448.000

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur	2.892.000
<b>TOTAL</b>	<b>23.188.720</b>

Fuente: Dirección General Técnico Administrativa del Ministerio de Salud y Acción Social.

El nuevo escenario de profunda imprevisibilidad institucional producto de la actitud intransigente del gobierno a posibles acuerdos con el instituto no tardó en mostrar sus consecuencias. A fines de 1997, tan sólo un año después de los conflictos previos y ante una nueva disputa por las partidas presupuestarias y la ratificación de la transferencia a jurisdicción provincial, la Asociación de Profesionales del INAREPS y el gremio ATE iniciaron una toma pacífica de la institución durante dos días.

De esta manera se reflejaba en los medios locales:

Desde ayer por la mañana, el INAREPS permanece tomado por la Asociación de Profesionales y ATE. La medida fue adoptada en virtud de que hoy, posiblemente, la Cámara de Diputados de la Nación ratifique el traspaso de la institución a la órbita provincial. (...) El doctor Orozco expresó que se va a continuar con una defensa en favor del INAREPS y que no van a dejar que los que no saben nada de rehabilitación y que están enquistados en el Gobierno hagan lo que se les dé la gana. “No es posible que gente que no tiene la más remota idea de lo que es un discapacitado esté legislando para él” (Diario El Atlántico, 26/11/97: 3).

La escalada evidente en las expresiones de su director y en la postura tomada por los profesionales no era casualidad, sino que evidenciaba, al menos, dos cuestiones fundamentales: por un lado, un notorio y provocado desgaste hacia el instituto producto de no contar con los recursos necesarios para su funcionamiento y, por otro lado, una nueva postura del gobierno iniciada en el marco de la segunda reforma del Estado que impedía algún tipo de solución intermedia para destrabar los conflictos.

A pesar de su limitada incidencia, el apoyo del gobierno local fue de acompañamiento a través de ciertas medidas evidenciadas por una carta que envió el intendente Elio Aprile al

presidente Menem y a ambas cámaras del poder legislativo nacional. En la misma, se solicitaba la preservación del perfil del instituto de rehabilitación psico-física de discapacitados motores como hospital descentralizado y se exigía el cumplimiento de las actividades de normalización, supervisión y control de gestión de los servicios prestados a personas con discapacidad, previstas en el Decreto 762/97.<sup>43</sup>

Una vez más, los llamados telefónicos y los viajes a la ciudad de Buenos Aires se volvieron cotidianos para la Asociación de Profesionales. Los motivos no eran inéditos, sino que nuevamente se buscaba evitar la transferencia a la órbita provincial y garantizar un presupuesto lo más cercano posible a la realidad que vivía el instituto. Sobre este tema, la Dra. Valente señalaba que este tema siempre era manejado por el Ministerio de Salud de la Nación, pero a fines de 1996 “le tiró el fardo” a la comisión de salud de la Cámara de Diputados de la Nación. “Tuvimos que viajar todas las semanas a hablar con cada uno de los integrantes de dicha comisión, (...) porque muchas personas desconocen lo que es un discapacitado. Y mucho más desconocen lo que se refiere a su rehabilitación (Diario La Capital, 26/11/1997: 16).

El resultado presupuestario fue idéntico al tratamiento del año previo. Si bien, nuevamente, se logró postergar la transferencia<sup>44</sup>, la mirada economicista predominó por sobre las necesidades sociales y una demanda en aumento; asignándole al instituto \$20 millones hasta mitad de año con posibilidades de ampliación acorde a los recursos del Tesoro. Sin embargo, se consolidaron una serie de alianzas inter e intra institucionales que merecen su análisis.

En primer lugar, ante la creciente inestabilidad social y emergencia económica, los límites de las demandas en el campo de la salud pública se fundían cada vez más con otros reclamos provenientes de distintos sectores de la población, generando lazos de cooperación y estrategias de resistencia compartidas. Una muestra concreta de ello era el apoyo explícito de la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA), nacida a partir de la separación de la Confederación General del Trabajo (CGT), con un vínculo aceitado con ATE y en abierta oposición al menemismo. El segundo ejemplo lo ocupa el testimonio de la Mesa de Enlace de Jubilados y Pensionados de Mar del Plata y Zona, la cual expresaba su adhesión a los

---

<sup>43</sup> El mencionado decreto establecía la creación del Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad con o sin cobertura de Seguro Nacional de Salud y de la Seguridad Social; así como la organización de las redes de derivación entre los cuatro niveles de atención. Disponible en: [Decreto 762/97 del 11/08/97](#)

<sup>44</sup> Si bien se lograba postergar el traspaso a la provincia, el objetivo central era derogar la transferencia dispuesta por el artículo 25 de la ley 24.061 de 1991 por la cual se buscaba provincializar los centros de atención pública nacionales, la legislatura nacional reafirmaba la transferencia del INAREPS a la órbita provincial (art. 50 de la Ley 24.938/97). Disponible en: [PRESUPUESTO 1998](#)



trabajadores del Instituto y a ATE, en defensa de la salud y sostenían: “Hoy nos toca de cerca este problema con nuestra Obra Social PAMI, en miras de privatización. Decimos no a la provincialización del INAREPS, intentando cambiarla a la medicina prepaga, con la entrega a las multinacionales y así marginar a los que no pueden acceder a dicho beneficio” (Diario La Capital, 30/11/97).

Si bien podría considerarse una exacerbación de los hechos vincular los conflictos del INAREPS con la privatización/extranjerización de los servicios de salud y la llegada de las multinacionales, dicha afirmación debe ser entendida dentro del clima de época de creciente conflictividad que se vivía en los últimos años de la década del ‘90. Las medidas tomadas por el Estado reformista desde la llegada del menemismo eran vistas como una serie de acciones previamente planificadas con organismos internacionales que buscaban terminar por romper las instituciones sociales creadas a mediados de siglo y que habían tenido sus primeros cuestionamientos a mediados de la década del ‘70. De esa forma, las disputas del instituto ya no sólo se trataban de reclamos presupuestarios o salariales, sino un reflejo más de las nuevas reglas de juego que intentaba imponer el menemismo en la relación entre el Estado y la sociedad y el alcance de sus fronteras públicas.

En segundo lugar, al interior del instituto la voz de pacientes y familiares logró una visibilización sin precedentes en los medios locales. Los motivos de su internación eran heterogéneos, pero su testimonio era compartido. Frases como “acá lo tratan 10 puntos, si no fuera por este instituto no sé qué sería de él, (...) queremos que todo siga de esta forma, (...) nos da un poco de miedo pensar que muchas cosas se terminen con un traspaso, (...) si se produce un cambio puede haber problemas para el personal y los pacientes (...) o tiene que seguir en Nación y abierto a los que no tienen recursos” (Diario El Atlántico, 27/11/1997: 3) evidencian ya no sólo la consolidación de una corporación médica y sindical con reclamos presupuestarios y salariales, sino una identidad institucional junto con toda la comunidad ligada al INAREPS que se enfrentaba anualmente a un enemigo casi que invisible o ausente de forma corpórea, pero que era representado en las autoridades gubernamentales de la Nación y sus disposiciones administrativas.

Sobre este tema, Daniel Barragán (ATE) recordaba:

Fue una experiencia organizativa extraordinaria y de solidaridad increíble. Los marcó a los trabajadores y a toda la comunidad del instituto, que con orgullo recuerdan que fueron protagonistas de una causa noble. El INAREPS terminó siendo el principal instituto de

rehabilitación del país, frente al desguazamiento del de CABA. Yo creo que terminó de construir su prestigio y su relación con la sociedad “abriendo sus puertas”. Nació a mediados de siglo como centro para tratar la poliomielitis para transformarse en la principal referencia de rehabilitación en el país (noviembre 2022).

Los años del menemismo no implican un recuerdo grato para quienes transitaron los pasillos del instituto durante esa época. Los conflictos presupuestarios y salariales y la amenaza del traspaso a la órbita provincial fueron moneda corriente durante todo el período menemista. Sin embargo, parafraseando las palabras de Barragán, ante una retirada del Estado impensada por los actores involucrados en el proceso estudiado, emergieron numerosos vínculos de cooperación y solidaridad que se fortalecieron y le imprimieron al INAREPS una identidad no sólo para el personal de salud, sino también una mayor vinculación con la comunidad local y un centro de referencia y capacitación en el tratamiento de la rehabilitación para todo el resto del país.

## CAPÍTULO 4

### LA SALUD PÚBLICA ANTE EL CAMBIO DE MILENIO (1999-2002)

#### *4.1. Crónica de un final anunciado.*

El 10 de diciembre de 1999 asumió la Presidencia de la Nación Argentina el Dr. Fernando de la Rúa. Llegó al Poder Ejecutivo de la mano de una coalición electoral conformada por la UCR y el FREPASO, siendo su compañero de fórmula en la contienda Carlos "Chacho" Álvarez. En el ocaso del siglo XX, tras diez años de gobierno menemista, este recambio parecía llegar para ordenar la vida política, económica y social del país en medio del colapso de una década marcada por el menemismo, la corrupción y la impunidad. La Alianza proponía una combinación casi perfecta: mantener las bondades del sistema del 1 a 1 mejorando sus fallas e incorporando inclusión social y saneamiento institucional. Sin embargo, la ilusión aliancista duraría muy poco, y pronto la Argentina caería en una de las crisis más profundas de su historia (Salvia, 2014).

Con el fin del milenio se imponía el fin de un sistema económico de inclusión en el derrotero global a costa de la más cruda exclusión social, pero la Alianza no supo leer esta realidad y prometió mejorar, embellecer un modelo que ya no se podía sostener tal como era. Por otro lado, la ciudadanía estaba cómoda con el "1 a 1" y no aceptaba propuestas que fueran contra esto. Así pues, en los primeros meses de gestión se hizo evidente que no había vocación transformadora ni una propuesta nueva. El gobierno se limitó a administrar el modelo heredado, repitiendo y/o acentuado los errores, limitaciones y contradicciones de su antecesor (Galasso, 2005).

La crisis argentina de 2001 ha sido abordada de diferentes formas. En general, el tipo de explicación más usual con respecto a la misma ha sido remitirla simplemente a ser una crisis económica. Sin embargo, son pocos los trabajos que buscan hacer hincapié en los determinantes políticos y, aún mucho menos, en sus consecuencias sociosanitarias. Si bien se trata de un breve período de dos años de gestión, la multiplicidad de conflictos, la creciente inestabilidad social y económica y el considerable impacto que tuvo en el área de la salud pública y, más precisamente en el INAREPS, ameritan un análisis exhaustivo de la

problemática puesta en diálogo con la década menemista, aunque atendiendo a sus especificidades teórico-analíticas.

La Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación (en adelante, la Alianza) se trató de una fórmula política-electoral integrada por la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente País Solidario (FREPASO) que llegó a la presidencia de la Argentina tras derrotar al menemismo en las elecciones de 1999. Su primera aparición en la escena política fue en las elecciones legislativas del año 1997, cuando con promesas de mejoras en la calidad institucional dejaban en minoría al partido de gobierno en el Parlamento.

El FREPASO era un frente progresista constituido en 1994 por varios partidos de izquierda, peronistas y disidentes del PJ de Menem y hasta de la propia UCR. Representado por José Octavio Bordón y Carlos "Chacho" Álvarez, abandonando el primero dicho espacio político a partir de 1996, lograba entrar al juego político que parecía acostumbrado al bipartidismo peronismo - radicalismo (Incarnato y Vaccaro, 2012).

En ese contexto, las diferentes fuerzas políticas y sus candidatos competían por mostrarse como la mejor opción para mantener el modelo económico, con algunos matices. La Alianza era la principal fuerza opositora y tenía mayores posibilidades de ganar la elección presidencial. Las críticas al Gobierno se limitaban a la corrupción de los funcionarios y las consecuencias sociales del modelo económico, como el crecimiento del desempleo, mientras garantizaba la continuidad de la Convertibilidad. De la Rúa centraba sus propuestas económicas en reducir el déficit fiscal, para recuperar la confianza de los inversores, bajar el riesgo país y mantener el crédito externo. Estas políticas, junto a planes de infraestructura y construcción de viviendas, generarían la reactivación económica. Así, se presentaba como garante de la Convertibilidad y adalid de la lucha contra la corrupción, la principal fuente de deslegitimación del Gobierno saliente (Salvia, 2014).

Así, los partidos políticos que conformaron la Alianza apostaron por una propuesta electoral de doble propósito: por un lado, en el terreno económico se comprometieron a mantener el modelo de la convertibilidad, mientras que, por otro, buscaron ofrecer una imagen de honestidad y transparencia que permitiera reforzar las instituciones (Zícarí, 2014).

Si bien la alianza se conformó como una unión relativamente simétrica entre las fuerzas que la conformaban, lentamente la UCR fue ganando un mayor peso en el espacio<sup>45</sup>, conservando el lugar privilegiado de poner al presidente en un país con larga tradición

---

<sup>45</sup> En el gabinete los frepasistas quedaron notoriamente relegados: sólo tuvieron dos ministerios de un total de diez, ocho secretarías (de 42) y cuatro subsecretarías (de 58) (Ollier, 2001).

presidencialista y dejar al Frepaso con un poder institucional menor al primeramente pensado (Zicari, 2016).

Si el primer año de gobierno fue malo en materia económica, el segundo resultó mucho peor. Primero, porque al arrastre recesivo, la caída fiscal, la del consumo y la de la inversión que ya se venían sufriendo se sumó también la crisis de la economía turca en febrero de ese año, lo que llevó a la situación argentina frente a las cuerdas. Ante este panorama, De la Rúa puso fin a la gestión del Ministro de Economía Machinea en marzo de 2001 para radicalizar la apuesta neoliberal detrás de López Murphy como nuevo ministro de Economía, quien no dudó en aplicar una vez más el clásico recetario ortodoxo en forma salvaje e intentó un nuevo ajuste por dos mil millones de pesos en el Estado (Zicari, 2016).

Tras el escándalo por los supuestos sobornos a representantes de la cámara alta de diversos partidos para votar a favor la ley de Reforma del Mercado Laboral y la posterior renuncia del vicepresidente “Chacho” Álvarez<sup>46</sup>, las tensiones entre el gobierno y el Frepaso fueron en aumento promediando el mes de mayo de 2001, cuando el gobierno, tras corregir sus estimaciones en materia económica, decidió avanzar finalmente con un ajuste más severo que el llevado a cabo en diciembre del año anterior. El mismo incluía un conjunto de alzas impositivas que afectaban principalmente a su propio círculo electoral.

Finalmente sobre fines del año 2000 y principios de 2001 se agregó un elemento más que terminaría de complicar la delicada situación argentina. El cambio de autoridades del gobierno de los Estados Unidos produjo una severa modificación en los parámetros de la economía mundial. Con el arribo del gobierno republicano de George Bush (h) se comenzaría a Sin embargo, como sostiene Labaqui (2005), el Frepaso mantuvo la coalición de Gobierno actuando de manera auto interesada, eligiendo en las coyunturas críticas la alternativa que mayores beneficios le reportaba. Su comportamiento fue consecuente con lo que se hubiera esperado de cualquier partido político cuyas metas a alcanzar fueran, alternativamente, los votos, los cargos y la influencia sobre el diseño de políticas públicas.

El flamante ministro López Murphy era partidario de las consideradas visiones fiscalistas, mucho más cercanas a los sectores financieros. En efecto, López Murphy entendía que la única solución posible frente al agravamiento de la crisis económica era reducir, sí o sí, las cuentas fiscales y aplicar el clásico recetario ortodoxo sin considerar las consecuencias que esto supusiera: no tendría reparos en bajar salarios, jubilaciones, despedir empleados

---

<sup>46</sup> La renuncia del vicepresidente Álvarez fue un hito en la crisis política argentina. A partir de allí, se agravaron las dificultades internas de la Alianza, que ingresó en un camino de disgregación, mostrando el fracaso de una fuerza política de tan sólo tres años de vida, que había logrado un considerable apoyo de la ciudadanía.

públicos, recortar los presupuestos de salud, educación y asistencia social, así como tampoco en privatizar y vender las empresas del Estado que todavía eran públicas (Zícari, 2014).

En efecto, López Murphy, a pesar del vendaval político que causó con su presencia y la gran cantidad de presiones, amenazas y conflictos que despertó, estuvo decidido a llevar a cabo su programa de ajuste tal cual éste se diagramó. Las consecuencias políticas que conllevó fueron terribles, dado que el recorte del gasto público propuesto fue de enormes dimensiones. El mismo se postuló llevarse a cabo en dos partes. Una primera para todo el año 2001, en la cual se incluyó una reducción de casi 2 mil millones de pesos para el presupuesto nacional y otros 2,5 mil millones más para el año siguiente. El plan de ajuste tuvo como principales blancos las áreas de salud, asistencia social, ayudas regionales, pero sobre todo al sector educativo y a las transferencias a las provincias (Zícari, 2014).

Sin embargo, por la brutalidad del tipo de ajuste propuesto por López Murphy, éste duró en su puesto sólo dos semanas. Ante la profundización de la crisis política, económica y social imperante y la falta de soluciones, en marzo de 2001 De la Rúa y su entorno más íntimo llaman al consenso con otras fuerzas partidarias. La respuesta inmediata llegó de parte de Domingo Cavallo, referente de una fuerza minoritaria llamada Acción por la República, ex ministro de Economía y creador del 1 a 1. Las crecientes protestas sociales ante la falta de respuestas efectivas por parte del gobierno hicieron que el Presidente pusiera todas sus expectativas en el nombramiento de Cavallo, quien esta vez tenía el mandato de ordenar la crisis de estabilidad que se imponía y de la cual se suponía sólo él tenía la receta. En este contexto, el FREPASO intentaba revitalizar la alicaída relación con la facción de la UCR *delaruísta* de la coalición, mediante el retorno al Ejecutivo en calidad de Jefe de Gabinete de Carlos Álvarez. Sin embargo, el entonces Presidente vetó tajantemente esta posibilidad.

El “nuevo” ministro Cavallo, que asume el 20 de marzo de 2001, se presentaba como el salvador del fracaso de la gestión aliancista e intentaba reflotar la fórmula del éxito de la convertibilidad. El plan económico incluía la propuesta de una canasta de monedas, una nueva ley de competitividad, controlar la evasión de capitales, reducir el gasto público con un recorte del 13% en salarios, aumentar ingresos para recuperar liquidez y dominar el problema de la deuda externa (Incarnato y Vaccaro, 2012).

Ante la nueva frustración, creció la desconfianza de los sectores populares en la vieja dirigencia política radical-peronista, como asimismo en la nueva “frepasista” que también ha claudicado prematuramente. Este escepticismo se manifestó en desinterés y repudio ante las elecciones de medio término, juzgándolas como una burla dada la irrepresentatividad de los políticos. Así, el 14 de octubre, cuando se realizan elecciones legislativas, los resultados

fueron insólitos por la cantidad de votos en blanco e impugnados y pasaron a la historia como las elecciones del voto bronca (Galasso, 2005).

Las reformas de los noventa generaron diversas formas de protesta social. La primera mitad de la década se caracterizó por una alta conflictividad sindical, que incluyó varias huelgas generales convocadas por las diferentes centrales obreras, que mostraron un alto grado de unificación y de alianzas con otras fracciones sociales. Los trabajadores del sector público, directamente afectados por las privatizaciones, encabezaron las protestas. Entre 1996-1998, se dio una baja en la cantidad de conflictos, en particular sindicales. En esos años comenzó a emerger un sujeto y un tipo de organización que serían centrales en el Gobierno de la Alianza: el trabajador desocupado y la organización piquetera (Salvia, 2014).

El plan generalizado de ajuste y el “corralito financiero” de Cavallo no hizo más que profundizar las huelgas y protestas sociales de diversos sectores, al mismo tiempo que seguía aumentando la crisis política del gobierno. La crisis no tenía retorno, la conflictividad social escalaba a sus puntos más altos y el máximo mandatario no supo encontrar las respuestas para salvar la situación. Finalmente, luego de varias jornadas de intensa violencia, de saqueos, cacerolazos, hambre, desempleo y protestas, el Presidente De La Rúa envió su renuncia al Senado el 20 de diciembre de 2001. Poco antes de las 20 horas, un helicóptero despegó desde el techo de la Casa Rosada llevándose al presidente renunciante. Alrededor de treinta muertos en todo el país fue el saldo trágico del estallido popular que tumbó a un gobierno (Incarnato y Vaccaro, 2012).

La Alianza fracasó por varias razones que van desde su estructura interna hasta la figura presidencial, que quedó en manos de un dirigente que no supo conducir a la alianza, ni hacer frente a las múltiples dificultades que se le presentaron, tanto externas con un parlamento y varias provincias en manos de la oposición, como internas de la misma coalición, y eligió aislarse y concentrar el poder ante incontables conflictos sociales, económicos e institucionales, en un escenario que exigía transformaciones, capacidad de negociación y coraje.

En suma, como sostiene en su hipótesis Salvia (2014), en la acelerada pérdida de legitimidad política y la trágica caída de la Alianza confluyeron distintos procesos: en primer lugar, la recurrencia de las políticas de ajuste, que resultaban ineficaces para ordenar las cuentas públicas y destructivas para la actividad económica; en segundo lugar, el ascenso de la protesta social ante las políticas de ajuste y el deterioro económico, que el Gobierno de la Alianza fue incapaz de contener; en tercer lugar, la continuidad de políticas asociadas al Gobierno anterior, como las prácticas de corrupción o la flexibilización laboral.

#### 4.2. *¡Salvemos al Hospital Público!*

Según información de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud correspondiente al año 2000, en el país había 3311 establecimientos con internación, de los cuales 1271 en el sector público (nacional, provincial o municipal), 47 en el subsector de obras sociales, 1990 en el sector privado y 3 mixtos. La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos fue severa y acentuó problemáticas previas: en efecto, la interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la reutilización de los materiales reciclables, el deterioro del salario real del personal de salud, el racionamiento de los alimentos para los pacientes internados, el deterioro del equipamiento y la infraestructura hospitalaria, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media y otros factores incidieron en un notable aumento de la afluencia de pacientes a los establecimientos públicos de asistencia médica, en busca de atención para sus dolencias (Ministerio de Salud, 2001).

Esto se tradujo en un súbito y enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero. Las autoridades de salud nacionales, provinciales y municipales, así como el personal técnico y administrativo, tuvieron que desarrollar acciones casi heroicas para mantener a los establecimientos funcionando en las precarias condiciones prevalecientes, o para ofrecer al menos los servicios más esenciales, ante la súbita escasez y costo prohibitivo de muchos insumos hospitalarios y medicamentos que ya no podían ser provistos a los pacientes impedidos de adquirirlos.

El caso del INAREPS no fue la excepción. La falta de presupuesto y la incertidumbre creciente durante la década menemista, lejos de ser resuelta, tuvo su continuidad durante el gobierno de la Alianza e, incluso, un agravamiento notorio. En este sentido, la Dra. Laura Valente recuerda que “con el gobierno de De la Rúa se nos puso más complicado. En la época de Menem, por lo menos dialogábamos con alguien que tenía poder de resolución; por ejemplo, el secretario Martínez. Cuando caímos con de la Rúa, ni siquiera había interlocutores. No tenían idea de lo que estábamos planteando. Paradójicamente, nos quedábamos sin presupuesto mientras que la población perdía su trabajo y no tenía dónde atenderse. Fue la época en la que más pacientes atendimos” (septiembre 2022).



Inicialmente, se pueden destacar dos procesos diferenciados e interrelacionados que permiten aproximarse a un análisis detallado del período tratado.

Por un lado, las confrontaciones con los funcionarios se dieron de manera mucho más directa y con escasa voluntad de negociación y/o resolución. Hacia mediados del año 2000 y pasados los primeros meses de gestión durante los cuales se intentó establecer el mismo *modus operandi* de reuniones y contactos telefónicos, el gobierno estipuló, mediante el decreto 430/2000, la reducción de las retribuciones del personal del sector público nacional; afectando, entre otras áreas, a todos aquellos trabajadores de la salud que aún dependieran de la órbita nacional. Ante este panorama, la respuesta del personal del instituto abrió las puertas a la Asamblea Permanente y a la judicialización de los conflictos con el Estado mediante un centenar de recursos de amparo, dando inicio a una nueva forma de comunicación entre los agentes involucrados.

La reacción de los funcionarios de la Alianza, lejos de buscar algún tipo de solución intermedia que destrabara el conflicto salarial y de congelamiento de la planta, viró hacia una actitud aún más intransigente. La Asociación de Profesionales manifestaba que:

A través del Boletín Oficial n° 29442, se ha tomado conocimiento de un nuevo decreto (482/00) publicado el 20 de junio, en el cual se observa una actitud francamente autoritaria y violatoria de los derechos constitucionales de los individuos, dado que se intimida a los Organismos donde revistan agentes del Estado que hubieran presentado recursos de amparo, a girar sus legajos personales a los Ministerios de Trabajo y/o Economía. Por tal razón, el estudio jurídico Barcerat y Asoc. presentará una DENUNCIA PENAL ante la Cámara Federal por los siguientes delitos: abuso de autoridad e incumplimiento y/o violación de los deberes de funcionario público (art. 248 Código Penal) y amenazas (149 bis 2° párrafo) (Actas, folios 174 y 175).

Así pues, de aquí se desprende el segundo punto. Si durante el gobierno de Menem se había logrado un esquema de negociación limitado, pero con interlocutores que brindaban “soluciones” o paliativos coyunturales a una crisis estructural, el gobierno de la Alianza directamente anulaba los canales de comunicación y, al menos en el área de la salud pública, dejaba librado al azar las discusiones presupuestarias y salariales. En otras palabras, si el

menemismo había llegado para transformar las reglas de juego en su relación con la sociedad, el delaruismo se caracterizó por quebrar dichas reglas, planteando un escenario de resolución de conflictos anárquico y cuestionando, al mismo tiempo, el rol organizador que había tenido el Estado central históricamente. Así lo recuerda Daniel Barragán (ATE):

El gobierno se caracterizó por su absoluta incapacidad para gestionar, por su desconocimiento, por las diferencias políticas internas y por la improvisación. El período del menemismo fue de virulencia pero con interlocución, pero la Alianza fue un ausente sin una visión de lo que era la salud, en particular, y en general todos los sectores; generando un vacío que estalló en el 2001 (noviembre 2022).

Si el año 2000 se caracterizó por la agudización y judicialización de los conflictos, en un marco de ausencia de reglas de juego claras entre el Estado y, entre múltiples áreas, la comunidad del INAREPS, el 2001 implicó el surgimiento de alianzas con otros sectores de la sociedad (incluso, con movimientos piqueteros y de trabajadores desocupados), una polarización extrema y la eventual represión y colapso institucional.

Durante los primeros seis meses las acciones fueron variadas. Ante la incapacidad de lograr una comunicación fluida con interlocutores que propusieran soluciones, se realizaron una infinidad de movilizaciones, adhesiones a los paros nacionales de marzo y mayo y un fortalecimiento con las Asociaciones de Profesionales del Instituto Nacional de Epidemiología (INE), del Hospital Oscar Allende (HIGA) y del Hospital Posadas. Sin embargo, fue a partir del mes de julio que se estableció un quiebre con la dinámica previa. Dicho quiebre se caracterizó por la emergencia y consolidación de procesos con una gestación previa.

Por un lado, el deterioro económico y social excedía holgadamente los reclamos del sector de la salud y se fundían con problemáticas de numerosos sectores de trabajadores ocupados y desocupados. En efecto, las marchas y reclamos se transformaron en multisectoriales, con participación de numerosas organizaciones de la salud pública, de

asociaciones gremiales barriales, de la Corriente Clasista y Combativa (CCC)<sup>47</sup>, de la Mesa de Enlace de Jubilados, entre otros sectores de la comunidad local.

Por otro lado, la intransigencia del gobierno para resolver la crisis económica y social escaló a un nuevo nivel. En el marco del llamado “Déficit Cero”, el Ministerio de Economía al mando de D. Cavallo y el Ministerio de Trabajo a cargo de Patricia Bullrich determinaron la puesta en marcha de un nuevo plan mediante la Ley n° 25.453, por la cual todos los empleados estatales sufrirían una reducción del 13% en sus haberes salariales. Se dejaba sin efecto el Decreto 430/00 pero se ampliaba a todos los agentes estatales y jubilados estatales el mencionado descuento.

Como era de esperar, la reacción del INAREPS, en conjunto con todos los sectores involucrados, fue ineludible. Una vez más, las actas de la Asociación de Profesionales lo expresaban de manera muy elocuente (folio 185):

Las Asociaciones de Profesionales del HIGA, HIEMI, INE, INAREPS, la CTA, la CCC, la Asamblea de organizaciones sociales y barriales, la mesa de enlace de jubilados, la Asociación Bancaria Marplatense y demás sectores de la comunidad, que rechazan el ajuste, el pago en bonos, el retraso en la liquidación de sueldos, los despidos y los achiques y reducciones salariales organizan 72 horas de presencia en las calles con jornadas como:

- corte de ruta, acto multisectorial y abrazo al INAREPS.
- corte frente al Rectorado de la UNMDP.
- corte y carpa por la salud frente al Hospital Materno Infantil.
- Abrazo al Materno Infantil.
- Batucada por el ajuste.
- Movilización marplatense y acto.
- Apagón y cacerolazo.

Con un fuerte apoyo internacional y mediático, esta ley fue el octavo intento de la Alianza de equilibrar las cuentas públicas, puesto que con anterioridad había aplicado ya 7

---

<sup>47</sup> La Corriente Clasista y Combativa (o CCC) es una agrupación política y sindical argentina impulsada por el Partido Comunista Revolucionario. Se formó luego de la Marcha Federal de 1994, la cual se había organizado en oposición al gobierno de Carlos Menem. La CCC no es una central sindical, ni se propone serlo, sino que es una agrupación que trabaja dentro de todas las centrales. Trabaja en las tres vertientes de la clase obrera: los obreros ocupados, los jubilados y los desocupados.

recortes presupuestarios en nada más que dos años de mandato. Con 44 senadores presentes y 28 ausentes, la Cámara alta del Parlamento argentino respaldó por mayoría el proyecto gubernamental. Pese a votar en contra, el opositor Partido Justicialista (PJ), que controlaba el Senado, facilitó de manera importante el tratamiento de la ley: presentó en el recinto a la cantidad de senadores necesaria para que se pudiera celebrar la sesión, pero no los suficientes como para derrotar al Gobierno en la votación. Hubo senadores de la Alianza integrada por la Unión Cívica Radical (UCR) más el Frente País Solidario (Frepasso) que habían manifestado que votaron favorablemente por sentido de la responsabilidad y lealtad partidaria, pero que no estaban de acuerdo con algunas de las medidas propuestas por el Gobierno (Giganti, 2021).

El período comprendido entre septiembre y diciembre del 2001 es materia conocida por la opinión pública y por la bibliografía especializada. Los avatares del Inareps no fueron la excepción. Bajo la consigna *¡Salvemos al Hospital Público!* (Actas, folio 187), y en un clima de fuerte represión<sup>48</sup> y caos institucional, los cortes de ruta, las movilizaciones, las adhesiones con otros sectores de la sociedad y las clases públicas para difundir el rol del instituto fueron moneda corriente ante las riesgos hospitalarios que se sufrían como la cobertura de la alimentación, la carencia de servicios esenciales como luz, agua corriente, teléfono y limpieza, la continuidad del servicio de recolección de residuos patológicos y la ausencia de los medicamentos necesarios que afectaban directamente la calidad de vida de los/as pacientes.

Probablemente, uno de los momentos con mayor impacto simbólico para el sector haya sido la sesión pública realizada por el Concejo Deliberante de la ciudad en la Plaza de Mayo de la Capital Federal en el mediodía del miércoles 31 de octubre de 2001. Con la presencia de ediles de todos los bloques, junto a pacientes, empleados estatales, representantes gremiales, familiares y vecinos que se congregaron en gran número se reclamó por la Salud Pública y se exigió al gobierno nacional que restituyera los fondos correspondientes al INE y al INAREPS.

Los reclamos no finalizaron allí, sino que, posteriormente, el Intendente Elio Aprile se reunió con el Presidente de la Nación, Fernando de la Rúa, y le hizo entrega de los petitorios y reclamos, a fin que se actuara en consecuencia y se lograra una solución. De regreso en Mar del Plata, se realizó una movilización junto con integrantes de las Asociaciones de Profesionales de la Salud municipales, provinciales y nacionales, con integrantes de ATE, de

---

<sup>48</sup> Los profesionales del Hospital Posadas sufrieron actos de represión por parte de las fuerzas de seguridad el 13 de agosto de 2001. El 21 de diciembre dicha represión se extendió a todos los trabajadores del sector público y de la sociedad movilizadas en su conjunto, marcando el fin del mandato de de la Rúa y de una etapa repudiable en nuestra historia.

la CCC y el movimiento de Desocupados, a fin de reclamar ante los funcionarios nacionales y provinciales reunidos eventualmente en un hotel prestigioso de nuestra ciudad durante el Coloquio de Ideas (p. 190).

Así recuerda esos últimos meses la Dra. Laura Valente:

El Ministro de Salud Lombardo y sus secretarios eran impresentables. No tenían idea de cuál era nuestra situación. A fin del 2001 nos avisan que no teníamos presupuesto y había que evacuar el hospital. Ese momento, coincidió con el Coloquio de Ideas que se hacía en el Hotel Sheraton y venía el ministro. Fuimos junto con los pacientes y nos plantamos. Fue ahí que nos recibió junto con Barragán y Lago. Le planteamos que no teníamos presupuesto y nos dijo “ya veremos”. Algo de guita apareció antes que cayera el 2001.

Ya después hablábamos con todos los que pertenecían a la comisión de salud. Finalmente, Duhalde nos terminó sacando de la Ley de Transferencia y nos devuelve el presupuesto en el 2002. Esa noche tomamos el Instituto y miramos la sesión de diputados por televisión, en la parte de la votación se nos cortó la transmisión. Llamamos a Tito Sosa (asesor de la diputada Martínez) y nos relató la votación (septiembre 2002).

Mediante un sistema democrático de emergencia amparado en la Ley de Acefalía y luego de una consecución frenética y caótica de presidentes, Eduardo Duhalde, dirigente político con mucho protagonismo en la vida política argentina desde la redemocratización, logró cumplir su objetivo de ser el máximo mandatario del país en uno de los momentos más duros de la historia, aun habiendo perdido las elecciones de 1999 (Incarnato y Vaccaro, 2012).

Entre las medidas del gobierno de transición de Duhalde se destacó la Ley de Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario que dio fin a la ley de Convertibilidad, la pesificación forzada de los depósitos bancarios en moneda extranjera, y una gran distribución de planes sociales para atenuar los efectos de una economía en recesión que llevaba varios años y había incrementado la pobreza e indigencia hasta índices nunca antes vistos en la Argentina (Baldioli y Leiras, 2012). La aguda crisis de la atención médica movió al gobierno federal a declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 986/02),

extendida luego hasta 2003, con la finalidad de garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos indispensables para la salud.

Si bien muchas de las problemáticas continúan hasta hoy en día, entre las cuales se destacan la falta de un presupuesto adecuado a las necesidades reales del sector; la fragmentación del sistema de salud; una mayor campaña de concientización y atención a la discapacidad y su rol en la sociedad; y una voluntad real de transformación por parte de los funcionarios a cargo, el período iniciado en 2002/03 marca el comienzo de una nueva etapa para la historia de la salud pública en Argentina.

## CAPÍTULO 5

### CONSTRUYENDO IDENTIDAD EN TIEMPOS DE CAMBIO

#### EXPERIENCIAS DE TRABAJADORAS DE LA SALUD EN EL INAREPS ANTE LAS REFORMAS DE LOS '90

##### *5.1. El modelo médico hegemónico en disputa: debates y resistencias.*

Hasta este punto se ha examinado el impacto, las repercusiones y el papel desempeñado por diversos actores en el ámbito de la salud pública, como el Estado nacional, referentes sindicales y autoridades institucionales, en el contexto de profundas transformaciones sociales y económicas en la década de los '90. No obstante, es de suma importancia dedicar un apartado especial a las experiencias que las mismas plasmaron en diferentes profesionales de salud que ejercen sus profesiones en el INAREPS aquellas que ejercían como trabajadoras profesionales de la salud en el INAREPS durante el período bajo estudio.

En efecto, el objetivo del capítulo es analizar si los cambios señalados impactaron en el ámbito institucional y en los modelos médicos vigentes por entonces. Dicha problemática se impone a partir de una tensión emergente entre las profesiones que conformaban el INAREPS: por un lado, los médicos tributarios (en general) de una tradición masculina y dominante a la hora de definir las reglas de juego hacia el interior del establecimiento, y por otro, el área de servicios vinculada al ámbito femenino asistencial que disputó los espacios de participación y definición de las estrategias hacia un nuevo modelo asistencial.

Estas profesionales de la salud desempeñaron un papel crucial en medio de los cambios sociales y económicos que afectaron el sistema de salud durante el período de análisis. Su labor fue fundamental para garantizar la atención y el acceso a servicios médicos de calidad en un contexto de desafíos constantes.

En otras palabras, se examinarán no sólo los desafíos a los que se enfrentaron durante este tiempo de transformaciones, como el aumento de la demanda de atención médica, la escasez de recursos y la necesidad de adaptarse a nuevas políticas y regulaciones, sino también a las disputas que emergieron entre la medicina y el área de servicios de salud; poniendo en tensión la prevalencia del modelo médico hegemónico. Estas disputas institucionales crearon un escenario donde diferentes enfoques y visiones sobre la atención

médica y la gestión de los servicios de salud se confrontaron, generando tensiones y desafíos adicionales.

En efecto, se busca responder la siguiente pregunta: ¿Cuáles eran las percepciones de las trabajadoras de la salud acerca de cómo el Modelo Médico Hegemónico (MMH) se manifestaba y ejercía influencia, generando obstáculos y conflictos en su profesión en una década plagada de conflictos e inestabilidad institucional? En suma, se busca reconocer y valorar el trabajo esencial de las profesionales de la salud del INAREPS, su contribución invaluable para enfrentar los desafíos en un contexto complejo y su aporte en la redefinición de la profesión, consolidando así la relevancia en el marco del análisis integral realizado en este estudio.

Así pues, se propone examinar la experiencia de tres trabajadoras de la salud, Silvia Orellana (Terapista Ocupacional), María Teresa Battimo (Psicóloga) y Liliana Bauzá (Fonoaudióloga), que iniciaron su desempeño en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) de la ciudad de Mar del Plata entre mediados de los años '80 y principios de los '90. A través de una entrevista de corte cualitativa, se exploran sus recuerdos y perspectivas sobre su experiencia como profesionales de la salud durante la década de reformas impulsadas por el gobierno de Carlos Menem; profundizando sobre su impacto en la institución y en su rol como efectoras de la salud pública.

En efecto, sus voces han sido fundamentales para comprender los desafíos y las implicancias de estas reformas en la salud pública y en su propio desarrollo profesional. Si bien este estudio se basa en un grupo específico de trabajadoras de la salud del INAREPS, es importante considerar que estas experiencias pueden ser representativas de un contexto más amplio y proporcionar perspectivas relevantes para comprender el impacto de las reformas en otros ámbitos de la salud pública en Argentina.

Silvia Orellana, terapeuta ocupacional, ingresó al INAREPS en 1983 como estudiante de la carrera y luego realizó una residencia de pregrado en 1985 y una concurrencia de posgrado en 1988. Finalmente, en diciembre de 1989, obtuvo un puesto permanente en la institución. María Teresa Battimo, psicóloga, ingresó en 1993 al área administrativa y posteriormente se desempeñó en el Servicio de Psicología. Liliana Bauzá, fonoaudióloga, llegó en 1982 a través de un convenio de pasantías proveniente de la Universidad del Aconcagua y obtuvo su nombramiento en 1990.

Sus recuerdos sobre los conflictos que se vivieron en la institución con las reformas propuestas por el gobierno de Menem son una muestra del impacto que tuvieron no sólo a nivel de la organización sanitaria sino en el plano profesional. Desde los primeros años, se



vieron en la necesidad de luchar por la identidad del instituto y defender sus puestos laborales. Así pues, los intereses personales por mantener las condiciones laborales pretendidas confluían con una reconfiguración comunitaria del instituto. En este sentido, Silvia Orellana recuerda:

Queríamos defender la identidad del instituto. En los '90 se pretendía que dejáramos de ser efectores de rehabilitación, para pasar a hacer alguna otra actividad indefinida (neuropsiquiátrico, gerontología). La realidad es que no éramos considerados como actores de la salud y el Estado Nacional nos quería 'sacar del medio' y pasarnos a provincia. Veíamos muy mal entrar a provincia, nuestros sueldos en Nación, con la ley de la convertibilidad, eran muy buenos; casi el doble que en provincia. Nuestra discusión no era solo como institución, sino en defensa de nuestros puestos laborales. Logramos frenarlos y, hoy en día, somos uno de los cinco institutos de salud a nivel nacional y somos los únicos referentes en el área de la rehabilitación (Julio 2023).

Así pues, sus experiencias como trabajadoras de la salud del INAREPS durante la década de reformas de los años '90 reflejaron los desafíos y las luchas que enfrentaron para mantener el funcionamiento de la institución y preservar sus puestos de trabajo. A través de la resistencia y la organización sindical, lograron defender su labor en el campo de la rehabilitación y establecerse como referentes en el área.

Los reiterados intentos de reforma generaron un impacto significativo en la construcción de su propia identidad en el binomio personal-institucional. En efecto, se generó un proceso mediante el cual pasaron de verse a sí mismas como profesionales de la salud pública comprometidas con la atención de calidad con sus pacientes, a transformarse en efectoras de la salud que, junto con toda la comunidad del instituto, luchaban para proteger la reputación que había hecho consolidarse a lo largo de cinco décadas al INAREPS.

En este sentido, los '90 pueden entenderse como el segundo gran momento de vinculación con la comunidad. Pasados los años en los que funcionaba bajo la órbita de una ONG que luchaba contra la pandemia de la polio, su visibilización tuvo un fuerte receso, casi olvidada a su desempeño pretérito y recordada como el "ex Cerenil". La defensa de sus principios originarios, de referencia nacional de rehabilitación y las distintas estrategias

desempeñadas para manifestarse provocaron un resurgimiento y resignificación de su rol en la propia sociedad local. M. T. Báltimo recuerda:

Junto con el director Orozco, el sindicato ATE y la Asociación de Profesionales del instituto, logramos visibilizarnos a través de la prensa y reconstruir la identidad con la comunidad, ya que gran parte seguía pensando en la institución como el Cerenil (Centro del Niño Lisiado). La identidad se sigue trabajando. Hoy en día seguimos siendo somos INAREPS/ex Cerenil, pero en los '90 fue la 'segunda curva' de construcción de identidad con la comunidad (Julio 2023).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, al mismo tiempo que se vivían las disputas reformistas entre el INAREPS y el Estado Nacional, emergieron otras tensiones al interior de la corporación médica que no sólo implicaban visiones divergentes sobre los conflictos relacionados con las condiciones laborales y las estructuras institucionales, sino que también cuestionaban la propia funcionalidad y legitimidad del modelo médico hegemónico con fuertes raíces históricas.

Por modelo médico hegemónico (MMH), se entiende lo que E. Menéndez define como:

(...) el conjunto de prácticas, saberes, y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada por criterios científicos, como por el Estado.

La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación

con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico (1988, pp. 1 y 2).

Este proceso que parece seguir una línea continua y unidireccional, tiene el impacto de crear y establecer jerarquías en las subjetividades y ubicaciones sociales, todo en función del conocimiento especializado, el control de tecnologías y la posición institucional. A medida que los individuos y grupos se encuentran más alejados de los lugares privilegiados de producción, sus posibilidades de agencia, poder y autoridad disminuyen.

Aunque las ideologías dominantes intenten describir y explicar las prácticas comunicativas, al igual que el enfoque del Modelo Médico Hegemónico (MMH) lo hace con la salud y las desigualdades en salud, en realidad no logran captar la complejidad de la situación. La comunicabilidad juega un papel importante al generar relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad de manera jerárquica y asignar a individuos y poblaciones posiciones diferenciadas. En este sentido, se perpetúa un sistema donde algunos tienen mayor acceso y control sobre los recursos y oportunidades, mientras otros quedan relegados a posiciones menos privilegiadas (Briggs, 2005).

El MMH tiene consecuencias que trascienden los aspectos relacionados únicamente con la interacción médico-paciente en las organizaciones sanitario-asistenciales. Este modelo tiene un impacto en las reglas y procedimientos que guían la ejecución de diversas actividades operativas dentro de la organización sanitaria. También afecta las relaciones funcionales entre individuos y entre puestos de trabajo, estableciendo líneas de dependencia, responsabilidades y mecanismos de coordinación y control; ejerciendo una influencia significativa en el proceso de toma de decisiones en el nivel más alto de la organización. En resumen, sus efectos se extienden más allá del ámbito médico y repercuten en la estructura y funcionamiento general de la institución sanitaria.

Durante la década reformista, la sedimentación de este enfoque impedía precisamente la posibilidad de verificar la relevancia de los procesos no biológicos. Por lo tanto, tanto esta característica como la falta de atención a la historia condujeron a una epidemiología que tendía a ser constantemente coyuntural. El desconocimiento de las largas series históricas impedía la comprensión de los procesos históricos que están en funcionamiento y que no se podían limitar únicamente a la coyuntura, incluso si esta es urgente y requiere soluciones. Este modelo<sup>49</sup>, construido desde los inicios de la disciplina médica, se vio desafiado por el

---

<sup>49</sup> Se entiende por modelo a una determinada abstracción de la realidad que es analizada; tomar de esa realidad los rasgos más salientes, como dominantes, de manera de encontrar una cierta racionalidad en su dinámica; tomar rasgos que no aparezcan como aislados, sino que aparezcan como en una dialéctica de reforzamiento de

área de servicios de salud, que incluía disciplinas como terapia ocupacional, trabajo social, psicología y fonoaudiología, entre otras áreas relacionadas con la rehabilitación y la readaptación social. Estas disciplinas, al poner en tela de juicio el enfoque dominante de la medicina, generaron tensiones y debates en torno a la concepción tradicional del “ser profesional”, la atención médica, las desigualdades de género<sup>50</sup> y del abordaje integral de las necesidades de los pacientes.

En este sentido, la idea de discurso teorizada por Michel Foucault (1987) resulta indispensable para comprender y desarrollar dicho proceso. Foucault, filósofo y teórico social francés, es reconocido por sus contribuciones en el campo del análisis del discurso y el poder. Su enfoque sobre el discurso ha sido ampliamente utilizado para examinar las estructuras y las relaciones de poder en diferentes contextos sociales, incluyendo el campo de la medicina.

Foucault entiende el discurso como algo más que una simple expresión lingüística. Para él, implica un conjunto de prácticas y discursos relacionados que producen conocimiento y poder. No se limita a las palabras habladas o escritas, sino que abarca una amplia gama de elementos, como prácticas sociales, instituciones, normas y representaciones simbólicas. Así pues, el discurso no sólo transmite información, sino que también es una forma de ejercer el poder y mantener relaciones de dominación. En su obra "La arqueología del saber" (1969), Foucault introduce el concepto de "formación discursiva".<sup>51</sup> Una formación discursiva se refiere a un conjunto de prácticas discursivas que establecen reglas para la producción de enunciados y determinan qué se considera válido y legítimo dentro de un campo específico de conocimiento. Sus indagaciones tuvieron impacto en las investigaciones relacionadas con médicos y psiquiatras, así como en las estrategias de control social que implican la utilización e implementación de conocimientos especializados. Sin embargo, su influencia trascendió en gran medida, ya que generó una perspectiva global para comprender el progreso social y las dinámicas de autoridad. Este enfoque se ha difundido, a su vez, en una amplia gama de ocupaciones y profesiones (González Leandri, 1999).

---

apoyarse los unos a los otros, y potenciarse, y al mismo tiempo esto termina en algún momento siendo eficaz para la función que esa práctica social debe cumplir; pero en determinado momento y contradictoriamente empieza a socavar esa eficacia, y es ahí donde podemos ver por qué del mismo modelo surgen las condiciones de su crisis.

<sup>50</sup> El concepto de género es entendido como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos y como una forma primaria de relaciones significantes de poder. El género es por lo tanto una construcción densa que se mueve y atraviesa todos los niveles de la organización social, cristalizando en una entidad de aparente estabilidad absoluta en el tiempo y en el espacio. Se entiende así su capacidad de sedimentación a través de la historia y su asentamiento social como estructura mental que marca profundamente nuestra percepción del mundo (Sánchez, 2008).

<sup>51</sup> El conjunto de las investigaciones de Foucault ha tenido un impacto indiscutible en los trabajos de las disciplinas histórica y sociales. Por citar algunas, El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica (1985), Vigilar y Castigar (1978), Microfísica del poder (1979).

Aplicando la concepción teórica de Foucault al análisis del MMH, se puede entender cómo es el ejercicio del poder y cómo se mantiene en el ámbito de la medicina; referido a las prácticas y discursos dominantes que establecen las normas y reglas sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la propia atención médica. En efecto, se imponen ciertas formas de conocimiento y prácticas, excluyendo o marginalizando otras perspectivas, como los enfoques holísticos o socioculturales de la salud y la enfermedad.<sup>52</sup>

Asimismo, se establecen jerarquías de poder dentro de la profesión médica. Los médicos son considerados como los únicos expertos autorizados para hablar sobre cuestiones de salud y enfermedad, mientras que otras áreas de la salud pretenden ser relegados a un papel pasivo de dadores de cuidado; reforzando la asimetría de poder, donde el conocimiento y la autoridad están concentrados en manos de los profesionales de la medicina.

El caso del INAREPS vislumbra claramente las disputas que se generaron a partir de la lógica del MMH. Por un lado, los médicos, arraigados a una práctica profesional liberal, históricamente masculina y con posibilidades laborales en el ámbito privado, tuvieron una adhesión dispar a las movilizaciones y a las estrategias de resistencia frente a la reforma en salud; mientras que el área de servicios (psicología, fisioterapia, enfermería, entre otras) ligada fuertemente a un ámbito femenino asistencial y catalogada como suplementaria de la medicina clásica, abogaba por una perspectiva más integral que disputaba tanto las transformaciones externas como la lógica de funcionamiento interno.

Como señalan Carrasco *et al* (2005), los estudios sobre estereotipos de género coinciden en que existen dos dimensiones: una femenina, que se caracteriza por rasgos y roles asociados a la afectividad, ternura y una alta emotividad, y otra dimensión masculina, que se caracteriza por rasgos y roles instrumentales, como la racionalidad, competencia y baja emotividad. Estas dimensiones muestran una constancia transcultural evidente en la literatura revisada. Los estereotipos de género son moldeados por la presión y los condicionantes sociales, lo que da lugar a diferencias en las formas de comportarse entre hombres y mujeres y también influye en sus actitudes, expectativas y valores.

La adquisición de estereotipos de género depende en gran medida de factores culturales y del contexto social inmediato, especialmente a través de la socialización en la familia y la escuela. Es decir, la causa del mantenimiento de los estereotipos de género radica en la diferenciación de la socialización de los individuos. La relativamente reciente historia

---

<sup>52</sup> El análisis de este modelo no se adscribe a una visión simplista que juzgue la medicina científica como intrínsecamente negativa, ni busca una idealización romántica de las prácticas alternativas comúnmente conocidas en la actualidad. Al hacerlo, se puede evaluar críticamente las diferentes facetas del modelo sin caer en una idealización de otras prácticas médicas.

de las profesiones ligadas a los servicios de salud están impregnadas por la división sexual del trabajo, en esta división y desde un orden patriarcal la mujer queda relegada al ámbito doméstico y es excluida de la vida pública y del poder político.

En efecto, la medicina clásica liberal y predominantemente masculina ha buscado expandirse de manera continua, tanto directa como indirectamente, sobre las prácticas y creencias populares. No solo se ha integrado como parte de estas prácticas, sino que su proceso expansivo a menudo exige que otras formas de atención médica adquieran un papel subordinado, incluyéndolas en su enfoque técnico e ideológico.

El discurso médico estaba bajo un estricto control, estableciendo un estrecho vínculo entre la comunidad médica y los grupos con poder económico, lo que aseguraba su promoción y difusión. Era un discurso de gran importancia social, ya que la medicina no solo se basaba en un cuerpo de conocimiento que legitimaba su posición y daba poder a su mensaje, sino que también era una práctica poderosa. La constante interacción entre profesionales y usuarios la convertía en una herramienta influyente para difundir ideologías. Además, la medicina se presentaba como una fuerza comprometida con el progreso y bienestar de la humanidad, justificando así su intromisión en las estructuras sociales. Desde su privilegiada posición, lanzaba una serie de propuestas normativas en cuanto al género, es decir, determinando el papel social que las mujeres debían asumir simplemente por ser mujeres (Sánchez, 2008).

Sin embargo, el proceso de enfermar, morir y atender enfermedades debe ser considerado como un fenómeno social que no se limita sólo a profesionales e instituciones específicas y especializadas. Los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías en relación con estos procesos, y parte de ellas se organiza de manera profesional.

El proceso salud/enfermedad/atención y sus significados se han desarrollado a lo largo de la historia, construyendo causas específicas de enfermedades, formas de atención y sistemas ideológicos relacionados con ellas. Este proceso histórico se caracteriza por relaciones desiguales entre los distintos sectores sociales que interactúan en una sociedad, incluyendo sus conocimientos técnicos. La medicina científica, conocida como una forma institucionalizada de atención médica, ha sido ampliamente identificada en muchas sociedades como el enfoque más adecuado y efectivo para abordar el proceso salud/enfermedad. Sin embargo, desde esta perspectiva, tanto esta forma científica como otras formas académicas o populares de atención también son consideradas "instituciones", ya que establecen una manera específica de pensar e intervenir en las enfermedades y, por supuesto, en los pacientes (Menéndez, 1994).

Este proceso ha operado en la mayoría de las sociedades en un contexto sociocultural heterogéneo, lo que implica la existencia de diversas formas de desigualdad y estratificación social. Estas desigualdades no sólo se refieren a relaciones económicas de explotación, sino también a relaciones de hegemonía en términos ideológico-culturales, que afectan a los individuos, las instituciones y los conjuntos sociales.

Es por ello que, a partir de las voces y las perspectivas excluidas, se considera valioso desvelar las formas en que se ejerce el poder en la medicina, cómo se mantienen ciertas jerarquías y cómo se construyen y reproducen determinadas normas y categorías médicas. Sobre esto, Liliana Bauzá recuerda que durante las protestas:

Más que nada era el área de servicios el más participativo. Era la camada joven que, junto con el personal administrativo, más empujaba. Los médicos tenían opiniones diferenciadas. Algunos estaban de acuerdo, pero había una hegemonía médica vinculada a la historia de la profesión que no admitía ese tipo de reclamos. La dirección era masculina, y nosotras éramos las técnicas, mayoría femenina, con otros intereses.

En realidad tenemos una doble función: una cosa es ser profesionales y otra es ser empleados del Estado. Ante todo, nosotras somos trabajadoras. Si a un médico le pasa algo, en el Estado va a seguir protegido por los derechos laborales y va a seguir cobrando su sueldo, en el ámbito privado es una lógica sumamente diferente marcada por el ‘lucro cesante’ (Julio 2023).

En primer lugar, a partir de lo que sostiene González Leandri (1999), resulta indiscutible que la profesionalización es un procedimiento sumamente intrincado que no puede limitarse únicamente a su representación básica. No obstante, es pertinente señalar que el tipo y grado de conexiones generadas por las trabajadoras de INAREPS en su proceso de evolución hacia una consolidación asociativa constituyó un indicador significativo de su nivel de desarrollo; evaluado de manera precisa a partir de su habilidad para forjar vínculos profesionales e institucionales.

En segundo lugar, el paradigma médico predominante se define a través de cuatro o cinco rasgos fundamentales que explican su evolución histórica y, en particular, las tensiones surgidas durante la década de reformas en el ámbito de la institución sanitaria como una

forma de control social y laboral. Se sostiene que parte de una concepción de la salud y la medicina centrada en el individuo y lo biológico; también se le atribuye un enfoque tecnocrático, iatrogénico y medicalizante.

El primer rasgo es fácil de comprender, ya que se basa en la necesidad de combatir las enfermedades y suele pasar por alto la consideración del individuo como un ser holístico, lo que resulta en una especialización creciente. Al mismo tiempo, se desvanecen las relaciones entre los procesos de enfermedad y la sociedad en la que el individuo afectado está inmerso. La enfermedad se percibe como un hecho aislado y atacable, cuyas causas pueden ser identificadas, pero se omite considerar que dicho individuo existe en un entorno, y que las condiciones y relaciones de dicho entorno también son causas de la enfermedad. Se pasa por alto que la salud y la enfermedad no son fenómenos independientes y distinguibles en cada ser concreto, sino que forman parte de un proceso complejo, una amalgama de factores que resulta difícil de delinear en términos puramente antagónicos de salud y enfermedad.

De esta perspectiva individualista y biologicista de la práctica médica, emerge como resultado una excesiva especialización y fragmentación del conocimiento, lo cual conlleva una negación de los factores sociales que ejercen influencia más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico, y que son cruciales para comprender la salud y la enfermedad en un contexto colectivo.

El segundo rasgo característico de este modelo se define como tecnocrático. En este enfoque, se parte de la creencia de que lo científico y lo técnico son procesos que inevitablemente conducen al bienestar del ser humano. Se concibe lo técnico como algo neutral y, en muchas ocasiones, se ignoran las contradicciones que pueden surgir al aplicar procesos técnicos en determinadas condiciones sociales.

La naturaleza tecnocrática de este modelo también surge debido al monopolio del conocimiento, donde se emplea un lenguaje previamente definido como científico, basado en conocimientos que han sido comprobados y verificados empíricamente. Esto establece una dinámica en la cual el poseedor del conocimiento se convierte en el encargado de resolver los problemas de los pacientes, mientras que estos últimos deben someterse a la voluntad del médico y aceptar la visión que este propone sobre sus problemas, sin tener la posibilidad de apropiarse ni siquiera de una parte de dicho conocimiento.

Esta actitud tecnocrática, que se basa en la superioridad del médico sobre el paciente debido a su saber, configura una relación médico-paciente en la que este último se encuentra en una posición de sometimiento y subordinación. El paciente se convierte en una figura



dependiente, mientras que el médico se considera el único capaz de solucionar su problema, poseedor del conocimiento sobre el mismo y garante de la posibilidad de superarlo.

En tercer lugar, se señala que este modelo es medicalizante, lo que significa que la medicina abarca cada vez más aspectos de la vida social, extendiéndose más allá de la mera atención a la enfermedad. Ahora también aborda otras dimensiones, como la psiquis, la criminalidad e incluso los procesos de parto. Esta expansión de su campo de acción otorga a la medicina una gran influencia simbólica, convirtiéndola en la ciencia o disciplina capaz de definir qué es considerado sano o enfermo en una sociedad. A medida que define estas categorías, también tiene la capacidad de redefinir ciertos comportamientos desviados como enfermedades y, por tanto, de intervenir y controlarlos. Esta medicalización también tiene un enfoque en la prevención que, aunque no siempre está vinculado a una comercialización de la práctica, puede aumentar los costos, la iatrogenia (daño no intencional causado por profesionales de la salud a pacientes, familiares u otras personas) y las consecuencias sociales de este modelo (Belmartino, s/f)..

Otro rasgo relevante es su marcada desigualdad, ya que la excelencia en la práctica médica se asocia cada vez más con el acceso a conocimientos especializados y a la disponibilidad de tecnología. Esto afecta no solo a la igualdad de oportunidades para los pacientes, sino también para los profesionales de la salud. Esta desigualdad se ha convertido en una de las contradicciones del modelo. Existe una amplia gama de profesionales que carecen de posibilidades para acceder a la especialización o a los recursos que el sistema brinda para remunerar sus servicios. Sobre este punto, M. Battimo señalaba que:

Por lo menos, en el primer gobierno de Menem, logramos equiparnos e incorporar elementos que eran sólo vistos a través de revistas que pertenecían al primer mundo.

De todos modos, gran parte de la profesión sigue siendo ideada por y para los médicos desde los resortes del Estado. Como no somos médicos, y al no tener especialidades ni residencias de posgrado, nos dificulta mucho nuestro progreso en la carrera profesional. Eso es gran parte de la no planificación que nos sigue afectando hasta hoy en día, donde sólo se tiene en cuenta la antigüedad laboral para lograr un progreso considerable (Julio 2023).

En definitiva, lo que se discute cuando se plantean las políticas de atención médica y la seguridad social en la Argentina, es la manera de cómo se articulan las relaciones de poder. Lo que se está discutiendo, que se observa en el INAREPS, es si va a haber una redefinición de esas relaciones de poder en el interior del sector salud bajo las condiciones micro y no sólo las políticas macro. En los '90, la discusión estuvo fuertemente centrada en términos políticos, de organización, económicos, pero no se discutieron las modalidades y la adecuación entre ellas y las necesidades integrales de la población. Lo que faltó discutir, y que persiste hasta la actualidad, es de qué manera se pueden adecuar la práctica médica y la actividad de las organizaciones de salud, a las necesidades efectivas de la población; ponderando una visión más amplia que integre a todos los sectores que conforman el área de salud. En otras palabras, son los modos de la práctica, sus virtudes o falencias y cuáles son las raíces de esas condiciones para generar una transformación del *status quo*.

La persistente hegemonía de la biomedicina y las tensiones emergentes deben ser analizadas como procesos cambiantes, modificables y relacionables y no como hechos fijos y estructurados posicionalmente. A pesar de que pueden formularse críticas al modelo médico que ha dominado la atención de enfermedades durante el siglo XX, es innegable que se han realizado y continúan realizando constantes contribuciones para reducir la morbilidad y mortalidad, basadas en el desarrollo técnico y científico. Es debido a esta efectividad real que es necesario reflexionar sobre las posibilidades de un nuevo MMH, sin obviar las críticas y los riesgos asociados. Sin embargo, es importante reconocer que la eficacia comparativa, junto con otros factores, ha sido lo que ha permitido y facilitado la hegemonía del modelo actual.

En suma, dar a la sociedad la posibilidad de definir auténticamente sus prioridades a partir de la redistribución del saber médico sería fundamental para socavar las bases de este modelo. Para que haya algún proceso de redistribución, tiene que haber lugares de encuentro de aquellos que son los detentadores del poder, no sólo con la población en general sino también incorporando a nuevos actores de la salud fundamentales para la resignificación del área. Respecto del caso estudiado, las trabajadoras del área de servicios de salud realizaron un avance muy importante, si no en las consecuencias prácticas al menos en discutir su lugar en la institución. Justamente, la fortaleza del modelo médico radica no sólo en su dominio, sino en su intento por permear modelos alternativos, como si fuera un proceso de asimilación de todas las prácticas que se planteasen como alternativas.

## EPÍLOGO

### *6.1. Lo que la reforma nos dejó.*

La política sanitaria en Argentina ha sufrido fuertes transformaciones resultado de los procesos de descentralización, focalización y desestatización que dominaron las reformas de la política social en las últimas décadas. A diferencia de otros servicios sociales, la salud reviste cierta particularidad, en tanto se trata de una cuestión que, aunque no fue delegada por los estados provinciales al nivel central, sufrió un particular tratamiento a propósito de la construcción de la red de hospitales por parte del Estado nacional.

Esta fue la estrategia favorita de las reformas democráticas que buscaban limitar el poder relativo del Estado central a la vez que hacerlo más eficiente, generando servicios adecuados a las supuestas preferencias y demandas ciudadanas. Con una fuerte influencia y financiamiento internacional, las mismas estuvieron principalmente motorizadas por la necesidad de modificar, a favor de la órbita nacional, las relaciones financieras con las provincias y los municipios. Si bien esta decisión ayudó a los gobiernos nacionales a alcanzar el objetivo de reducir sus presupuestos, dejó a las provincias en condiciones muy precarias para el sostenimiento de los servicios de salud. Fue, justamente, esta compleja encrucijada el terreno sobre el cual emergieron las principales disputas del INAREPS en conjunto a una multiplicidad de actores involucrados.

Particularmente, los reiterados intentos de descentralización hacia la Provincia de Buenos Aires fueron un proceso progresivo de transferencia de funciones y servicios que implicó la asunción, por parte de los actores locales, de responsabilidades no siempre instituidas desde las reglas de juego formales que definían las competencias para cada nivel jurisdiccional y regulaban las relaciones entre las jurisdicciones. Es decir, operó sobre un punto de partida institucionalmente débil y heterogéneo y, en su devenir, fueron resolviéndose de manera espontánea. La existencia de múltiples actores a cargo de distintos efectores de los servicios de salud y las tensiones que se fueron modelando que condicionaron la naturaleza de los procesos de la política sanitaria es el saldo más evidente de advertir.

Actualmente, el sector de la salud aún presenta un alto grado de fragmentación, rasgo no necesariamente novedoso, pero la singularidad que asume esta fragmentación es que se complementa con la agudización exacerbada de las desigualdades. Las diferencias en la

atención que reciben los usuarios de los hospitales públicos, de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga (las cuales se reproducen a su vez al interior de cada subsector), dan cuenta de la existencia de patrones de acceso y atención diferenciales en la atención de la salud sumamente cuestionables.

La reconfiguración del sector salud constituyó un discurso de origen económico político que al ingresar en el ámbito sanitario se mantuvo organizado sobre tres premisas principales: la primacía de la concepción biomédica, la influencia netamente económica de la gestión pública y una concepción tecnocrática del sistema de salud. Se postula también que el principal efecto de la vigencia tecnocrática en salud es una progresiva despolitización del ámbito sanitario con la consecuente pérdida de presencia de la salud en la agenda de políticas. Es decir, la salud deja de tener un carácter universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. “La salud queda librada a la acción del mercado, en el cual cada quién se responsabiliza de su salud, en tanto consumidor pasivo” (Nicolini en Fidalgo, 2004). Por lo tanto, se concluye postulando que el antídoto para revertirlo surgirá de reformular a la salud como una construcción política.

La década 1992-2002 representó una variedad de discursos de distinta índole que provocaron una serie de reacciones inéditas, tales como la necesidad de organizarse mejor como corporación médico-sanitaria para las contingencias y de reforzar el espíritu de cuerpo; fortalecer las buenas prácticas de gestión e imbuir en la conciencia colectiva de los profesionales lo imprescindible que resultó la participación de la comunidad civil local, pacientes y familiares en pos de una causa común; y contar con un presupuesto estable y acorde a las necesidades reales del sector.

En su conjunto, resulta destacable la actuación y dedicación del personal profesional, administrativo y de servicios generales del INAREPS, que demostraron su alta sensibilidad social y su solidaridad para mantener el funcionamiento de los servicios de consulta e internación aún, como se ha visto, afrontando grandes dificultades.

La complejidad de una reforma integral del sistema de salud se hace comprensible cuando se reconocen los principales argumentos para la intervención pública: la regulación estatal es una respuesta a las asimetrías de información y a la competencia imperfecta en el mercado, el financiamiento público responde a la existencia de externalidades y a la necesidad de considerar cuestiones relativas a la equidad. De esta manera, una reforma sistémica supone implementar cambios en todos estos frentes. Teniendo en cuenta la intensidad de las transacciones políticas involucradas, ésta se torna sumamente compleja.

El carácter federal y la notable fragmentación del sistema de salud en Argentina son limitaciones institucionales de primer orden para cualquier proceso de reforma que a su vez crean múltiples oportunidades para la aparición de distorsiones. Por otra parte, esto supone una multiplicación de actores interesados con capacidad de influenciar el proceso de toma de decisiones haciendo aún más complejo el conjunto de transacciones previsibles.

El debate político sobre la descentralización en los sectores sociales queda imbricado en un debate más amplio sobre las funciones y el tamaño apropiado del Estado, en conjunto con el rol de los distintos sectores sociales involucrados. En ese sentido, la hegemonía del discurso de los '90 tuvo como consecuencias la asunción de un fundamentalismo tanto del mercado como de la descentralización. Esto introdujo el riesgo de caer en un reduccionismo para el cual toda forma de descentralización aparece como conveniente y, de forma simétrica, toda forma de centralización aparece como inconveniente. Llevada a la agenda de políticas sociales, esta premisa puede conducir a que se antepongan los medios a los fines formulando estrategias centrífugas que no contribuyen a superar los déficits de racionalidad y legitimidad del Estado.

Un interrogante interesante propuesto por S. Belmartino (2005), gira en torno a si en Argentina, a pesar de haber existido una clara planificación previa para la reforma del Estado, puede hablarse de la existencia o no de un equipo de cambio. Su hipótesis es que el grupo que tuvo a cargo la elaboración de las reformas en el interior del Ministerio de Economía en los primeros años '90 puede definirse en esos términos. Si así fuera, los casos estudiados brindan la posibilidad de analizar la aplicación de esta estrategia en un escenario donde el resultado es un aparente fracaso.

Sin embargo, aproximarse a una de las razones fundamentales del teórico fracaso del modelo de descentralización institucional, a pesar de que en la práctica siga operando en diversas dimensiones estatales, se relaciona, por un lado, con la falta de interés del propio Estado en transferir poder y, por el otro, con una progresiva incongruencia hegemónica interna a partir de 1995. Esta paradoja halla su explicación en un sistema político con una fuerte cultura centralista a la hora de ejercer su poder. Paralelamente la complejidad de los problemas de salud, ligado a la extensión de la población y de sus necesidades ha llevado a que el mismo Estado descentralice sus decisiones. Al mismo tiempo, no se debe omitir que las reformas en salud en Argentina han sido fuertemente influenciadas por un contexto internacional gerencialista, el cual "[...] alegaba que las estructuras burocráticas jerárquicas tradicionales, con sus procedimientos normativos y rigidez inherentes, resultaban perjudiciales a los intereses públicos, ineficientes e inefectivas". (Almeida, 2001: 29). De esta

manera, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales recomendaban la descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales.

Otro motivo estructural se vincula a la forma que tiene el sistema político argentino de encarar sus políticas sociales sobre la separación sectorial. En el caso de la salud resulta claro la falta de objetivos, prioridades y coordinación entre los Ministerios de Salud, las Obras Sociales y el Sector Privado. El problema sustancial de las reformas en salud ha sido "considerar la eficiencia del hospital como una eficiencia micro pensando que cada hospital era una organización individual que estaba dentro del sistema, que tenía que autoabastecerse y autosostenerse, cuando en realidad este es un sistema que tiene que tener conexiones muy fuertes" (Carlos Vasallo, 2002: 6).

Un tercer motivo ligado al punto anterior está dado por las restricciones en la participación. Por un lado, es comúnmente aceptada la noción de que la participación es un vehículo imprescindible para mejorar los servicios de salud. Sin ella, las políticas seguirán siendo ajenas a la naturaleza de los problemas y a la idiosincrasia de quienes lo sufren. Sin embargo, la participación no se puede alcanzar sin un alto grado de organización, la que no sólo debe concederse legal y políticamente, sino que debe promoverse y profundizarse desde el Estado a través de acciones concretas. (Fernández (1988: 22). De manera adversa, la relación estado-sociedad en Argentina se encuentra aún marcada por un "esquema de relaciones premodernas de autoridad (relaciones verticales, caciquismo, clientelismo, intermediarismo, etc.)" (Cabrero Mendoza, 1996: 88), lo que lleva a una realidad compleja en materia de participación.

El paradigma tecnocrático hace que la salud pierda atractivo político y, por lo tanto, que pierda protagonismo dentro de la agenda de políticas públicas. Mientras los problemas sanitarios permanezcan como cuestiones técnicas custodiadas por expertos, resultarán invisibles al sentir colectivo y su inclusión en la agenda de políticas públicas dependerá de las orientaciones de los funcionarios en el gobierno.

Las experiencias conservadoras en la Argentina han tenido el increíble logro de convencer a sus audiencias de que aplican programas responsables y austeros que no tienen otra finalidad más que sanear la economía y generar más eficiencia, en este caso, del sistema sanitario. Parecen ser personas "serias", eficaces y que son "técnicos" altamente capacitados que no se dejan tentar por cuestiones políticas o ideológicas como dicen que ocurre en los gobiernos "populistas". Sin embargo, si se las evalúa por sus resultados ellos indican lo profundamente engañoso de su discurso, puesto que todas las experiencias ortodoxas

terminaron por arrojar resultados infinitamente peores de los que encontraron y a los cuales se comprometieron a enmendar: hacen subir la inflación, aumentan el déficit fiscal, hacen crecer el endeudamiento, dejan más vulnerable al país, primarizan el aparato productivo, aumentan la fragmentación social, acentúan la inequidad, entre otros resultados (Zicari, 2016).

Desde el retorno a la democracia en 1983, los cuadros de la ortodoxia han logrado colonizar la orientación ideológica de los partidos políticos populares, estableciendo un “sentido común” de raíz tecnocrática en la cual promueven fanáticamente un antiestatismo, en el que se desviven por controlar la inflación o reducir el déficit fiscal a cualquier costo, pero sin considerar jamás nociones como la equidad social o el bienestar de la población. Más bien, cualquier atisbo a favor de las mejoras distributivas es identificado como regulaciones distorsivas, controles públicos autoritarios y “actitudes antiempresarias” (Aronskind, 2008).

En este sentido, la importancia de la Historia está en ser una herramienta de construcción del futuro, que nos impulse a reflexionar sobre el pasado pero en pos de mejorar el mañana. Por ello el período histórico estudiado, caracterizado por ser años de crisis, reestructuraciones sociales, políticas y económicas, de incertidumbres y despertares de conciencias dormidas es de significativa relevancia en la investigación propuesta.

Sólo una nueva concepción de salud que no se limite al sistema de servicios asistenciales, una concepción que contemple los factores que la determinan, como el acceso equitativo a la educación, al trabajo y a la participación social, posibilitará también una nueva concepción del derecho a la salud. Porque el derecho a la salud también se empobrece cuando se lo restringe a exigir que el Estado garantice la atención médica de las personas (Molina y Tobar, 2018: 71).

El éxito del discurso tecnocrático en salud sólo podrá ser revertido en la medida que se resitúe a la salud como derecho social y como cuestión fundamentalmente política. Es decir, debatir públicamente la naturaleza de las alternativas implica reconstruir y replantear el papel no sólo del Estado, sino de todos los actores sociales involucrados en este proceso.

## *6.2. Hacia una teoría social de la discapacidad.*

Uno de los grandes factores en común que primó en el testimonio de los/as entrevistados/as fue la ausencia total de conocimiento y planificación por parte del Estado en

lo que respecta a las políticas sobre el tratamiento de la discapacidad; no sólo en la década estudiada sino a lo largo de toda la historia de la salud pública en Argentina.

Con mayor o menor recursos presupuestarios producto de la coyuntura política y económica, lo cierto es que la discapacidad ha sido sistemáticamente postergada al olvido y la negación. Así pues, la reforma sanitaria que impactó en el INAREPS vislumbró tanto la intención deliberada del Estado Nacional por achicar sus fronteras y reducir el gasto público como un completo desinterés y ¿desconocimiento? por fortalecer las instituciones de rehabilitación psicofísica; relegando las demandas del sector bajo el sustento de la ideología de la normalidad.<sup>53</sup>

En este apartado final, se propone poner en tensión dicha ideología de la normalidad y concebir la discapacidad como una creación social, arraigada en los métodos de producción y reproducción de una comunidad. La discapacidad es primordialmente una dinámica relacional y no una característica inherente a los cuerpos o mentes de las personas. Es, al mismo tiempo, una categoría inserta en un sistema de clasificación y producción de individuos. La idea de una normalidad única en esta clasificación es una invención que surge de relaciones asimétricas y desiguales.

En otras palabras, los significados atribuidos a la discapacidad son el resultado de negociaciones y acuerdos, lo que la convierte en una construcción social y no en algo predeterminado o natural. Nuestra propuesta es desplazar el análisis de la discapacidad desde una perspectiva biológica hacia una visión que considere las relaciones sociales y los factores simbólicos y materiales.

Para comprender lo mencionado anteriormente, es necesario cuestionar la hegemonía de la normalidad y su supuesta habilidad para ser sinónimo de lo natural. Así pues, la normalidad, en tanto que ideología legitimadora, y la desigualdad actúan como intermediarios entre los mecanismos de exclusión y la discapacidad. Estos conceptos están íntimamente vinculados en el proceso de construcción y perpetuación de la discapacidad en la sociedad (Angelino, 2009).

---

<sup>53</sup> Numerosos autores han trabajado el concepto de ideología, siendo Gramsci probablemente uno de los teóricos marxistas occidentales pioneros en su estudio. Aquí, se retoma el análisis de Althusser (1970) al sostener que "la ideología es una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia" (Althusser, 1970, 29). Es decir, las ideologías tienen la capacidad de proporcionar a las personas normas, principios y pautas de comportamiento, pero no conocimientos sobre la realidad. Es decir, la ideología no nos dice qué son las cosas en sí mismas, sino cómo debemos posicionarnos frente a ellas. En este sentido, la ideología no proporciona conocimientos objetivos, sino simplemente puntos de vista o saberes subjetivos basados en creencias, valores y perspectivas ideológicas.



Este análisis ideológico borra las evidencias de los procesos históricos concretos que han dado lugar a la construcción de la normalidad y, como consecuencia, a la producción de la discapacidad como una forma en que ciertos individuos, situaciones o cuerpos no se ajustan a esa norma. Lo que afirmamos es que no puede existir la noción de déficit sin la idea de normalidad, lo que significa que la producción de la norma va de la mano con la producción del déficit. Sin embargo, el efecto de la ideología busca borrar estos procesos y presenta el déficit como algo biológico, individual y desligado de la historia.

Las implicancias sociales, históricas y políticas desaparecen de los discursos institucionales y comunitarios que tratan sobre este tema, dejando a la discapacidad como un dato objetivo de la naturaleza y a la normalidad como una norma aparentemente transparente. En este sentido, la discapacidad se presenta como un concepto genérico basado en una serie de características que se conectan con la normalidad.

Por tanto, el objetivo es desmitificar los supuestos en los que se basa el discurso hegemónico sobre la normalidad y la discapacidad, y reconocer que lo que se presenta como algo natural es, en realidad, producto de una serie de interacciones materiales y simbólicas históricamente situadas. Esto abre la posibilidad de cuestionar la autoridad de las clasificaciones establecidas y de los poderes que se les asocian (Angelino, 2009).

En primera instancia, esto implica romper con la noción de déficit, su supuesta causa biológica y naturaleza inherente, y al mismo tiempo comprender que su significado es resultado de una disputa o acuerdo, que es una invención, una ficción y no algo preexistente. Así como en la década reformista el concepto de déficit económico justificaba una profunda transformación de las bases constitutivas del Estado, la noción de déficit del cuerpo ha implicado una carencia en relación con un estándar de medida que legitiman la institucionalización de las diferencias. No es una realidad simple ni una condición estática del cuerpo, sino un proceso mediante el cual las normas reguladoras lo materializan, al igual que ocurre con la deficiencia y la anormalidad.

Para considerar un cuerpo como deficitario, es necesario oponerlo a la noción de un cuerpo normal. La normalidad y su ideología normalizadora son construcciones que se desarrollan en un momento y un espacio específicos, resultado de ciertas relaciones de desigualdad que permiten a un grupo establecer criterios para definir lo que es y lo que no es, es decir, criterios hegemónicos que aparecen como únicos e incuestionables. En otras palabras, la normalidad es una construcción social y no una característica intrínseca o absoluta del cuerpo.

Es también una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de individuos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el contexto de relaciones asimétricas e inequitativas. Estas relaciones asimétricas generan tanto exclusión como inclusión excluyente (Kipen y Lipschitz, 2009).

Desde esta perspectiva, se toma distancia de las concepciones más tradicionales y arraigadas en los discursos médicos y pedagógicos dominantes, que han hablado históricamente por los "otros deficientes". Estas concepciones se resumen, con los riesgos que conlleva, en los diferentes modos de interpretar e intervenir en el ámbito de la discapacidad, identificados en tres períodos mencionados previamente como los tres modelos.

En el tratamiento de la discapacidad, las relaciones parecen impregnarse profundamente en los propios cuerpos, de manera similar a cómo ocurre con las identidades étnicas. Una colonización sociocultural de atributos físicos ejerce una extraordinaria fuerza persuasiva. Las diferencias fenotípicas ocultan las determinaciones sociales de estas relaciones y las vuelven invisibles. La aparente evidencia transmitida por los sentidos parece tornarse indiscutible: se crea un efecto de evidencia en torno al déficit, la marca, la falta.

Así, construcciones sociales naturalizadas (como la noción de normalidad única e invariable en la historia) se insertan en los cuerpos y las mentes a través de un prolongado proceso colectivo de socialización de lo biológico o, si se prefiere, de biologización de lo social. En este proceso, se combinan las apariencias biológicas y los efectos reales, tanto materiales como simbólicos, que surgen de esta naturalización. Lo que se pierde en este proceso es la comprensión de la arbitrariedad inicial de la realidad y sus representaciones, dando lugar a la cristalización y esencialización de las diferencias.

La ideología de la normalidad opera en base a una lógica binaria de pares contrapuestos, presentando una identidad deseable para cada caso y oponiéndola a su par por defecto, lo que se considera indeseable o lo que no debe ser. El otro término de la oposición binaria nunca existe por sí mismo fuera del primer término, sino que se encuentra dentro de él, como su imagen velada y su expresión negativa. Siempre se requiere una corrección normalizadora, por lo tanto, la anormalidad es el otro de la norma, el desvío es el otro de la ley que debe cumplirse, y la enfermedad es el otro de la salud. Aparentemente, ambas caras dependen una de la otra, pero la dependencia nunca es simétrica, ya que la segunda depende de la primera para su aislamiento forzoso, mientras que la primera depende de la segunda para autoafirmarse. Es por ello que, para superar estas miradas clásicas y unidireccionales, es crucial comprender la discapacidad como una forma específica de construir al otro diferente a nosotros en términos de desigualdad. Esta perspectiva de la desigualdad implica centrarse en

las relaciones entre personas consideradas normales y anormales, sin importar la medida de la anormalidad (Angelino, 2009).

Tradicionalmente, la discapacidad ha sido considerada como un desafío que afecta a las personas, surgiendo de condiciones de salud individuales y deficiencias que hacen que sus cuerpos se desvíen de los estándares de normalidad. Como resultado, la discapacidad se ha convertido en objeto de estudio e intervención médica y pedagógica, con el objetivo de corregirla y lograr la normalización frente a una tragedia personal o una desviación social.

Las personas que sufren de enfermedades o discapacidades son socialmente liberadas de ciertas responsabilidades y derechos, al tiempo que se les priva de expectativas más allá de su recuperación. Esta perspectiva se basa en la suposición de que las condiciones de salud dificultan tanto las capacidades físicas como psicológicas. Aunque no se les atribuye responsabilidad por su condición, sí se espera que hagan todo lo posible por recuperar la salud y adaptarse subjetivamente a su situación de discapacidad, buscando funcionar lo más normalmente que puedan. En este enfoque, los derechos del discapacitado se ven restringidos, mientras que sus obligaciones se multiplican, debiendo someterse a tratamientos de rehabilitación bajo la guía y poder de los profesionales pertinentes.

Aquí, se cuestiona la creencia tradicional de que la discapacidad y los problemas que conlleva para las personas son simplemente el resultado directo de deficiencias físicas o condiciones de salud. En cambio, se argumenta que gran parte de estos problemas surgen de una visión negativa y estigmatizada de la discapacidad. Además, se asigna únicamente al individuo con discapacidad la responsabilidad social de asumir las obligaciones que surgen de su condición de enfermo. Esto lleva a que las personas discapacitadas sean consideradas ciudadanos devaluados, prácticamente excluidos de ciertos derechos y muchas veces bajo la tutela de otros para ejercerlos (Rosato *et al*, 2009).

Así pues, el concepto de normalidad ha operado como una fuerza productora, imponiendo un estándar para crear sujetos que se ajusten a sus moldes, moldeando sus cuerpos, comportamientos, deseos y expectativas, mientras también ha impuesto nociones particulares de tiempo y espacio en sintonía con esa supuesta normalidad apropiada, incluso, por los mismos sujetos nominados. Históricamente, el entorno urbano ha estado bajo el dominio de esta categoría, configurando sus espacios con imágenes e ideales rígidos para un individuo que se considera normal: blanco, sano, masculino, bien alimentado, educado, trabajador, profesional, saludable, etc.

Este enfoque del espacio urbano se basa en un orden jerarquizado que relega a los demás a posiciones de exclusión, definiendo contrastes entre incluidos y excluidos, normales

y anormales, oyentes y sordos, videntes y no videntes. Estas imágenes estereotipadas limitan las posibilidades de interacción y establecen relaciones inflexibles entre cuerpos y lenguajes, excluyendo todo lo que no se ajuste a sus parámetros preconcebidos.

En consecuencia, aquellos que no se ajustan a la estrecha definición de normalidad son marginados y segregados en espacios específicos, mientras que los que se consideran normales disfrutan de privilegios y ventajas sociales (Spadillero, 2009).

Nuevamente, el planteo de Foucault (1996) permite sostener que "Normalidad - Anormalidad" es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; y que ha sido posible a partir de tres estrategias complementarias: la constitución discursiva del concepto anormal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad.

En la sociedad disciplinaria, el poder se afianza mediante una compleja red de dispositivos y aparatos que generan y registran cierto tipo de individuos, al mismo tiempo que configuran el tejido social. En este sentido, estos conceptos no solo se han construido socialmente, sino que han sido fundamentales en la construcción de lo social, estableciendo una dualidad normal/anormal en la cual el segundo término debe ser controlado, corregido o castigado mediante intervenciones específicas.

La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de determinar lo que es inusual, desviado, irracional, ilegal e incluso criminal. Todo lo que es considerado diferente recibe, gracias a esta conciencia, el estatus de exclusión cuando se trata de juzgar y de inclusión cuando se busca explicar. El conjunto de dicotomías fundamentales que en nuestra cultura separa ambos lados del límite entre las conductas conformes y las desviadas, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento (Foucault, 1996).

En la sociedad disciplinaria, el ejercicio del poder se sostiene mediante una intrincada red de dispositivos y aparatos que producen y registran cierto tipo de individuos, al mismo tiempo que moldean la estructura social. En este contexto, estos conceptos no solo han sido construidos por la sociedad, sino que también han sido esenciales en la formación de lo social, estableciendo una dualidad entre lo normal y lo anormal en la cual el segundo término es objeto de control, corrección o castigo a través de intervenciones específicas.

La conciencia moderna tiende a conferir a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de señalar lo que se considera inusual, desviado, irracional, ilegal e incluso criminal. Todo lo que es percibido como diferente recibe, bajo esta conciencia, el estigma de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se busca explicar. De esta forma,

el conjunto de dicotomías fundamentales que rigen nuestra cultura, dividiendo a los individuos en conformes y desviados, obtiene así una justificación y una apariencia de fundamentos (Foucault, 1996, 13).

En los últimos tiempos, ha cobrado fuerza el discurso de la diversidad, especialmente en el ámbito educativo, promoviendo la idea de que la variedad enriquece a la sociedad y defendiendo el respeto y la tolerancia hacia la diversidad. No obstante, se plantea una crítica hacia este discurso, ya que parece limitarse a considerar como diversos únicamente a aquellos que se alejan de los estándares de normalidad, dejando de lado a las personas con discapacidad, quienes también son percibidas como diferentes en relación a una identidad considerada normal, manteniendo así ciertas connotaciones negativas de tragedia y desviación.

Por otro lado, existen autores que adoptan una perspectiva denominada concepción sociopolítica de la discapacidad, que propone una visión completamente diferente. Desde este enfoque, se considera la discapacidad como una construcción social y cultural, independiente de la deficiencia y la enfermedad. Estos autores sostienen que los problemas asociados a la discapacidad son resultado de las desigualdades sociales. La distribución desigual de bienes materiales y simbólicos, característica de la organización social capitalista, genera diferentes manifestaciones de la discapacidad incluso en presencia de deficiencias similares. Además, se destaca que el acceso a la tecnología para mejorar la accesibilidad del entorno, así como a servicios de salud, educación, rehabilitación y el ejercicio de los derechos civiles y políticos, es prácticamente inalcanzable para aquellos discapacitados que viven en situación de pobreza. En este sentido, se considera que estas personas son consideradas "desventuradas", ya que se cree que son incapaces de disfrutar de los beneficios materiales y sociales de la sociedad moderna. Dado que el trabajo tiene una importancia prioritaria en la cultura occidental, estas personas son percibidas como "inútiles" debido a su incapacidad para contribuir al "bien económico de la comunidad". Por lo tanto, se las clasifica como un grupo minoritario en condiciones similares a las de otros grupos oprimidos, ya que se las considera anormales y diferentes.

Otros expertos también consideran la dimensión cultural en la creación de la discapacidad, afirmando que va más allá de la discriminación material y abarca el prejuicio implícito en cómo se representa el fenómeno en el lenguaje y en la socialización. Este prejuicio objetiva a las personas con discapacidad como "Otros", basándose en la evidencia de las limitaciones de sus cuerpos (Rosato *et al*, 2009).

Aquí se plantea la idea de que la normalidad social, que subyace en la producción de discapacidad, está íntimamente vinculada a una ideología, a la cual llamamos la "ideología de la normalidad". Podemos concebir que esta ideología y su efecto en la creación de la discapacidad dan lugar a la formación de un grupo social: el colectivo de personas con discapacidad. Aunque este grupo no es homogéneo, puede considerarse como un movimiento que lucha por el reconocimiento de la diferencia como un aspecto fundamental.

Este trabajo ideológico borra deliberadamente las huellas de los procesos históricos específicos que generan la discapacidad. Este acto de borrar hace que las dimensiones sociales, históricas y políticas desaparezcan prácticamente de los discursos institucionales y comunitarios, creando una ilusión de transparencia que presenta la discapacidad como sinónimo de déficit y como un dato objetivo de la naturaleza. Por lo tanto, uno de los principales objetivos en el debate que proponemos es desafiar la noción de deficiencia, de déficit y de cuerpo deficitario, ya que estas nociones parecen estar arraigadas en el origen mismo de cómo se produce y se comprende la discapacidad, presentándose como los principios explicativos incuestionables debido a su aparente inscripción innata en la naturaleza.

En el contexto de las personas con discapacidad, la ideología de la normalidad no solo los define por lo que les falta, su déficit, su desviación, su ausencia y carencia, sino que también reafirma la completud de aquellos que no tienen discapacidad, quienes suelen ser equiparados a los considerados normales. Esta oposición se manifiesta como normal/discapacitado, reemplazando tanto la expresión normal/anormal como la original normal/patológico.

Si consideramos que la discapacidad es una forma de alteridad construida, es fundamental examinar los elementos y su interrelación en dicha construcción, y poner de relieve el papel del Estado como medio para dominar y legitimar relaciones arbitrarias como legítimas, convirtiéndolas en distinciones oficialmente reconocibles. Esto se refleja en la comprensión de la discapacidad que se instala en el sentido común, en los discursos científicos, en las prácticas profesionales e institucionales, así como en la perspectiva de los funcionarios.

En otras palabras, este estar fuera de ciertas prácticas e instituciones supone, a la vez, ser incluido en otras prácticas sociales y otros circuitos institucionales (instituciones de rehabilitación, escuelas especiales, etc.) destinados a la corrección normalizadora que, en nuestro caso de estudio, cuentan con escaso financiamiento y una ausencia total de planificación por parte del mismo Estado.

Esta situación implica una forma de ‘exclusión incluyente’ que coloca a las personas con discapacidad en circuitos institucionales específicos. Estas instituciones tienen una función correctora y normalizadora, mientras que su propia existencia cumple un propósito económico, lo que lleva a considerar la existencia de una verdadera "industria de la rehabilitación". De esta manera, las personas con discapacidad adquieren un lugar social y económico como "demandantes de servicios de rehabilitación", consumidores de prácticas profesionales, medicamentos, prótesis y órtesis, entre otros. También se convierten en destinatarios de políticas compensatorias que ocultan la exclusión masiva y naturalizada que enfrentan. Esta exclusión, pensada desde esta perspectiva, es paradójica, ya que implica una forma específica de inclusión: la del estatus de discapacitado, que se obtiene mediante la certificación de discapacidad (Kipen y Vallejos, 2009).

En este sentido, la discapacidad es solo una de las múltiples categorías presentes dentro del sistema de clasificaciones predominante. El Estado desempeña un papel central en la forma en que la discapacidad se reduce discursivamente al concepto de déficit y, al producir esta clasificación, perpetúa las condiciones que sostienen y legitiman tal demarcación.

De hecho, son los procesos históricamente contruidos de exclusión e inclusión los que dan lugar a la discapacidad como una entidad inventada, lo que invierte la relación tradicional donde la discapacidad era el eje que generaba los procesos de exclusión de las personas discapacitadas. En la legislación, en el diseño de planes y programas sociales, así como en las medidas de política, se evita considerar los procesos de producción de la discapacidad que están fuertemente arraigados en la desigualdad, ya que se vincula esta desventaja a la naturalización del déficit como un problema individual de las personas afectadas. La desigualdad y la normalidad actúan como intermediarias entre los procesos de exclusión/inclusión y la discapacidad. Ambas nociones nos remiten principalmente a la producción de relaciones sociales que fundamentan clases de personas, en las cuales el Estado actúa como un modo de dominación que condensa la producción de sentido en estos complejos procesos, interviniendo en y sobre las relaciones sociales (Rosato *et al*, 2009).

La esencia de esta imposición no reside únicamente en las teorías convencionales de la discapacidad, sino en la acción del Estado, específicamente en el accionar de sus instituciones y en la implementación estratégica de sus políticas. Estas políticas se basan en una concepción biologicista arraigada en el dominante modelo médico de la discapacidad, que supone que las personas con discapacidad enfrentan desventajas en comparación con los considerados normales debido a la existencia y evidencia de un déficit. Esta perspectiva

justifica la adopción de medidas correctivas para contrarrestar los efectos de dichas desventajas. Así, se considera que ciertos individuos merecen políticas de compensación que buscan nivelar oportunidades.

La tensión fundamental radica en que el mismo agente que establece la clasificación y la segregación entre las personas con discapacidad y los ciudadanos normales es también el responsable de mantener y legitimar dicha separación. Por tanto, resulta intrigante centrar el análisis en el papel del Estado como actor que, a través de diversos ámbitos, prácticas y políticas, ejerce dominio y desempeña un papel decisivo en la creación y perpetuación de significados. Durante la formulación de sus políticas, el Estado reafirma y legitima las teorías disciplinarias, dando lugar a nuevas relaciones sociales y, como consecuencia, a nuevas clasificaciones.

En suma, las escasas políticas estatales que intentan corregir las injusticias del orden social sin alterar el sistema subyacente que las origina, al mismo tiempo, intensifican la diferenciación entre grupos. Por ejemplo, una política social que busca mitigar los efectos de la pobreza y que incluye un apartado específico sobre la discapacidad, genera simultáneamente el efecto de delimitar a un grupo específico, las personas con discapacidad, dentro de un conjunto más amplio de pobres, creando así la categoría de "pobres discapacitados".

En otras palabras, mientras las políticas específicas sigan siendo avaladas y legitimadas por modos hegemónicos de concebir la discapacidad como un fenómeno inherente a lo biológico, como una tragedia inevitable que afecta a ciertos individuos y, por ende, como una cuestión individual, seguirán siendo medios de producción y reproducción de la discapacidad y de personas discapacitadas, fortaleciendo así la ideología de la normalidad.

El inicio del siglo XXI nos confronta con nuevas formas de dominio, menos institucionalizadas pero más arraigadas en los individuos. Por un lado, presenciamos la ruptura del lazo social que establecía el Estado como una megainstitución con sentido para nuestras vidas, basado en las nociones de igualdad y ciudadanía, y respaldado por la red institucional-disciplinaria mencionada anteriormente, que estaba destinado al progreso. Este proceso cuestiona al Estado como garante de igualdad, a la familia como portadora de la ley y a la escuela como educadora ciudadana, desmoronándose y reconfigurando lo social en nuevas formas que nos desafían desde el caos. Una multiplicidad de formas desborda a las instituciones y al mandato de normalización en un escenario donde las zonas de la socialidad se organizan en una espiral, colocando rápidamente a un individuo en la zona de inclusión o permitiendo su caída a la zona de vulnerabilidad o la oscura y nebulosa zona de exclusión. Ya



no hay una frontera clara entre el centro normal y la periferia anormal, sino una nueva administración del espacio con un juego inverso de luces y sombras, en el cual el poder ya no busca hacer visible lo desviado y peligroso, sino ocultarlo en la sombra de la periferia y desentenderse de ello.

Por otro lado, surge una incomodidad entre muchos profesionales que se resisten al orden normalizador, a la función social asignada y al mandato de control, pero que tampoco aceptan mimetizarse en una apariencia pacífica de convivencia tolerante, ni la reivindicación autosuficiente de lo local y lo microsocioal, que solo refuerza la fragilidad y la exclusión de cada vez más individuos. Esta incomodidad se basa en cuerpos que resisten, que no se conforman con las expectativas impuestas, que cuestionan la eficacia de las instituciones conocidas y proponen una refundación desde otra mirada (Rosato *et al*, 2009).

## ANEXO

### *Entrevista a Daniel Palos y Laura Valente.*

1) Presentación. Breve biografía de su relación con la institución. Rol en los '90.

L: Yo empecé acá en octubre de 1990. Me recibí en agosto y en octubre empecé como pasante. Después rendí para la residencia de medicina física y rehabilitación. La última vacante que quedaba en ese momento, previo a que se congelaran los ingresos, la ocupé yo. Así ingresé como médico de planta en el servicio de fisioterapia de la institución.

D: Yo vine a vivir a Mar del Plata desde Buenos Aires. En la facultad siempre se hablaba del Cerenil como algo importante. Lo primero que hice cuando llegué fue venir a verlo y pregunté si había posibilidades de ingresar. En ese momento había poco personal y menos de kinesiología, ya que no existía la carrera. El director (Dr Orozco) me ofreció ingresar y en diciembre del 88 comencé a trabajar. Primero como kinesiólogo de planta y, al poco tiempo, como jefe del área de terapia física.

2) ¿Cuándo marcaría el inicio de los conflictos con el Estado?

L: El inicio del conflicto está marcado cuando nos incorporan a la Ley de Transferencia en 1992 junto con el Hospital Posadas, la Colonia Montes de Oca y el Hospital Sommer (que logró salir); la cual establecía que nos transferían a la Provincia de Buenos Aires pero sin los fondos necesarios. A su vez, las provincias no querían recibirnos y quedábamos “en el medio del río”. Mientras tanto, Nación nos daba un presupuesto hasta mitad de año, que no nos permitía planificar absolutamente nada.

Hoy en día ha cambiado todo, pero en ese momento había que llamar por teléfono al tipo del presupuesto y que te atendiera para que dijera cuánta gaita nos mandaba. A través de contactos nos movíamos y sobrevivíamos a lo largo del año. Después nos avivamos y en junio ya hacíamos una movida. Conseguimos una partida de las provincias que era para el Plan Materno Infantil. Como había provincias que no habían cumplido con el plan, esa plata restante pasaba a formar parte de nuestro presupuesto.

Fue ahí que formamos, junto con Adriana Lago (Trabajadora Social) la Asociación de Profesionales porque no teníamos plata. Necesitábamos plata para viajar o quedarnos un día en Buenos Aires. Fue todo muy rápido en ese mismo año porque “se nos prendía fuego todo”.

D: Todo fue en el contexto de los ajustes en el Estado. Se buscaba ahorrar plata transfiriendo todo lo posible a las provincias sin los recursos necesarios. La realidad era que no sabíamos si cobrábamos al otro mes. Tanto Laura como las otras compañeras hicieron una movida impresionante, dejando a sus familias, viajando a Buenos Aires directamente (porque por teléfono y fax no nos daban bola) con su propio dinero.

3) ¿Quiénes participaban en la movilización/reclamos de cada conflicto?

L: Una pequeña porción de los profesionales (porque al profesional le parece que no puede mezclarse con el sindicato) y gran parte de los compañeros de ATE que no eran profesionales. Los que menos participaban eran los médicos. Cuando cortábamos la ruta los médicos se iban por el costado y no podían bajarse del pedestal de médico, salvo los del área de fisioterapia.

4) ¿Qué recuerda de cada uno de ellos (falta de presupuesto, posible conversión en un neuropsiquiátrico, toma del INAREPS)?

D: La conversión en un neuropsiquiátrico fue el detonante. No sabíamos nada y estábamos con miedo. En el medio de toda la pelea, creamos más residencia y eso fue un organizador muy importante. Salvo nutrición, hoy en día todos los servicios no médicos tienen residentes. Fue un logro muy importante en ese momento. Si crecíamos era más difícil voltearnos. En un momento llegamos a estar en Provincia. Fue que vino Pacheco (Ministro de Salud de la Provincia) y nos dimos cuenta que nos habían pasado a provincia. El se presentó como que todo estaba listo e incluso una parte de la conducción institucional estaba de acuerdo en todo porque se habían asegurado sus cargos.

Un día, yo estaba atendiendo en el servicio y traían una persona que estaba detenida en Batán a hacer tratamiento. Uno de los guardias me dijo ‘ustedes ya perdieron, acá van a poner un neuropsiquiátrico. ¿Sabés todos los presos que se hacen pasar por locos? Lo fuimos a buscar a Orozco y ahí entró en pánico todo el mundo. No sabíamos hasta que punto era cierto y nos querían agarrar dormidos. Pero había diferentes posturas, a los médicos del área de agudos no les cambiaba mucho la historia. Igual la postura mayoritaria era quedar en Nación por dos motivos. El primero era el tema salarial que siempre es importante. La otra es que planteábamos que como instituto de rehabilitación no había otro a nivel nacional, y la Nación tenía que tener una palabra sobre rehabilitación, actividades y tipos de tratamiento. Si no atendés pacientes como podés decir algo? Lo importante era defender la salud pública.

A veces eran corte de rutas parciales o totales, entregábamos folletos informativos a la gente. Un día sacamos todas las mesas y colchonetas de tratamiento al borde de la ruta para que nos

visualizaran. Mucha gente no sabía que estábamos acá...y eso era un problema. Nos seguían nombrando por el nombre anterior.

L: Orozco tenía la habilidad de transar, hacerse el boludo y después cuando veníamos y lo apretábamos se daba vuelta y se ponía en el team defensor.

En el mismo momento que nos querían transferir a nosotros a provincia, el instituto de rehabilitación de Capital Federal lo transfieren. Al intendente lo ponía el presidente y lo pasaron directamente (antes de Const 1994). Entonces el único que quedaba a nivel nacional para cubrir las necesidades eramos nosotros. Por otro lado, la persona que donó el predio lo hizo para instalar un instituto de rehabilitación y nosotros nos agarrábamos del fundamento inicial para defenderlo. Los que defendíamos el lugar, entendíamos que si se instalaba un neuropsiquiátrico iba a haber un montón de gente que se iba a quedar sin atención de rehabilitación de manera pública y gratuita.

La sensación de estar en peligro era terrible. Al principio nos costó organizarnos, pero después teníamos una gimnasia para cortar la ruta o lo que fuera... no se discutía. Antes de esto no existía ninguna organización.

D: No sólo llegamos a tomar el instituto varias veces, también tomamos el Ministerio de la Nación. Nos fuimos con 3 o 4 micros desde ATE y nos encontramos con los compañeros del Posadas. Cuando empezó el movimiento de empleados nos mandamos adentro con los bombos. Fue una conmoción. Cuando la policía nos vio no pudo hacer nada.

La segunda vez se enteraron que íbamos y cerraron todo, pero si no hacíamos algo no nos escuchaban. Nada era negociable.

Otra movida impresionante fue con el Concejo Deliberante en el 2001... sesionamos en la Plaza de Mayo con las bancas que nos prestaron del Concejo de CABA. Katz y Aprile nos acompañaron mucho.

L: El Posadas es un monstruo y a todos las reuniones íbamos con ellos. La Asociación de Profesionales nos abrió muchas puertas. Igual, la gente del gobierno era re amable y nos recibía. En ese momento estaba el Secretario Martínez que era de Misiones. El tipo era un señor y sentías un trato afectivo. Nunca dejó de recibirnos. Pero más que darnos la guita de la leche, no hacía nada. Nosotros lo que queríamos era salir de la Ley de Transferencia y quedar en Nación. Era lo mismo que pasaba con la Educación.

5) ¿Qué cambios produjo su inclusión en el Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión?

L: Actualmente seguimos siendo un Hospital de Autogestión. Un día vino Orozco re contento a decirnos que éramos un Hospital de Autogestión. Íbamos a poder facturar y cobrar a las Obras Sociales. Lo que pasó fue sumar más trabajo burocrático, pero no nos pagaban realmente y al día de hoy tienen sumas millonarias de deuda con nosotros. Lo que cobra cada profesional en concepto de autogestión es \$3700.

D: Nos tentaban con que eso iba a ser una fortuna. En realidad es una ayuda que complementaba nuestro sueldo bajo. Pero la discusión entre nosotros fue interesante. Si pasábamos a ser autogestionados y recaudar... ¿Qué hacíamos con el que no podía pagar y no tenía cobertura? Varios compañeros plantearon que estaban para trabajar por la salud pública, pero nos ponían en el apriete entre atender o cobrar para comer. Todo nos hizo crecer un montón y conformar una idea de lo que queríamos en la institución.

6) ¿Cuál era su vinculación con el sindicato ATE? ¿Cuál fue su accionar?

D: ATE es uno de los primeros sindicatos del país. Al principio no tenía una gran actividad. Pero hubo elecciones y ganó una lista más combativa proveniente de Chapadmalal, que hicieron el primer corte de ruta en el país. Después hicimos el segundo nosotros acá.

Se generó mucha militancia, plantear discusiones y comprometerse con los distintos conflictos. Fue un factor de unidad frente a lo externo. Daniel Barragán (Secretario General ATE Mar del Plata) siempre estaba presente en cada reclamo que hacíamos. Al final se sumó UPCN pero ya estaba todo cocinado.

L: ATE tenía gente muy pensante e interesante. En ese momento estábamos a 400 km. y era un lugar mucho más chico. Era una cosa perdida en la nada misma. UPCN no nos había descubierto hasta que nos vieron reclamando en Buenos Aires. Pero hasta hace 10 años el único fuerte era ATE y siempre estuvo de nuestro lado.

7) ¿Cuál fue el rol de los internados y sus familiares?

D: Los pacientes siempre nos acompañaban. A nosotros nos daba vergüenza llevarlos porque parecía que los estábamos usando. Las primeras veces encarábamos todo solos, pero un día estábamos en Asamblea y vino un grupo de pacientes que estaba muy enojado porque no lo invitábamos a participar de la lucha. Incluso participaba gente que había tenido un familiar acá que ya había fallecido.

L: En septiembre del 2001, fuimos a Buenos Aires y llegamos a completar 8 colectivos de línea... la mitad eran pacientes.

8) ¿Qué grado de vinculación/cooperación existió con la comunidad civil?

D: Nos dimos cuenta la tremenda inserción que tenía la institución en la ciudad. Mucha gente tenía historia con el instituto. Pero había desconocimiento de nuestra realidad actual. Todos pensaban que seguíamos siendo Cerenil y que vacunábamos a los chicos para la polio. Al principio se nos hizo difícil. Los medios nos estigmatizaban por ser trabajadores del estado y porque había conflictos y movimientos por todos lados. Pero informando en el colegio de nuestros hijos o de boca en boca la gente nos apoyó y tocaban bocina acompañando nuestro reclamo.

L: La gente nos entendía cuando cortábamos la ruta y sabía por lo que estábamos pasando. Nuestro mensaje era muy claro.

9) En su opinión, ¿qué concepción tenía el Min. Salud y Acción Social sobre la corporación médica, la atención pública? ¿Discapacidad?

L: La reforma estuvo absolutamente planificada. El Estado se había transformado en nuestro propio enemigo. El Ministerio estaba para hacernos desaparecer. Se querían sacar el problema de encima y pasarnos a provincia. Cuando estaba Mazza, nos recibían Martínez, Lemus (subsecretario) y Chantore (asesor legal). La lógica era ¿cómo va a recibir trabajo un discapacitado si había gente mejor preparada?

El tratamiento de la discapacidad y la rehabilitación el Ministerio nunca lo tuvo en claro y no lo tiene todavía. Somos como la Cenicienta, estamos en el fondo de las discusiones y no hemos logrado instalar la importancia que tiene la rehabilitación como servicio de salud esencial. Entre el 2012 y el 2015 pudimos mostrar mucho lo que hacíamos y viajamos por muchas provincias. Con la pandemia retrocedimos 20 casilleros y vivimos remando en dulce de leche repostero. Siempre tenemos que contar qué hacemos porque no se entiende.

D: Cuando les planteábamos los problemas, aflojaban algo y se arreglaba en el momento. Pero apostaban a nuestro desgaste, pasábamos horas esperando en el ministerio. Hay que tener en cuenta el contexto. En el momento de esplendor de la TV con Tinelli no se podía ver nada feo, sucio o roto. Tenían miedo de lo que podíamos hacer. No está instalado el tema en la sociedad. Recién hubo una serie de leyes durante el mandato de CFK sobre derechos e inclusión. La concepción instalada era que para ser trabajador tenías que tener un cuerpo sano y fuerte. Es un trabajo difícil de llevar adelante. La rehabilitación es distinta a la concepción a la salud en general. De acá no salís como entraste (vs. sanación o muerte). Pero nadie se pone a pensar en la posibilidad de ser discapacitado... es una idea horrible que nadie se plantea y

no se valora lo que se hace acá. Las decisiones políticas sanitarias sólo pasan por las emergencias y no se puede planificar demasiado.

Hay que ver la salud como una política de prevención y no sólo como respuesta a la enfermedad. Hay variables como la edad que no se pueden manejar, pero otras que sí. Nosotros vemos el final de la película que se repite constantemente.

10) ¿Cuándo marcaría el fin del período estudiado? ¿Posibles cambios y continuidades?

L: En realidad con el gobierno de de la Rúa se nos puso más complicado. En la época de Menem, por lo menos dialogábamos con alguien que tenía poder de resolución (secretario Martínez). Cuando caímos con de la Rúa ni siquiera había interlocutores. No tenían idea de lo que estábamos planteando. Paradójicamente, nos quedábamos sin presupuesto mientras que la población perdía su trabajo y no tenía dónde atenderse. Fue la época en la que más pacientes atendimos.

El ministro Lombardo y sus secretarios eran impresentables. No tenían idea de cuál era nuestra situación. En septiembre de 2001 nos avisan que no teníamos presupuesto y había que evacuar el hospital. Ese momento coincidió con el Coloquio de Ideas que se hacía en el Hotel Sheraton y venía el ministro. Fuimos junto con los pacientes y nos plantamos. Fue ahí que nos recibió junto con Barragán y Lago. Le planteamos que no teníamos presupuesto y nos dijo “ya veremos”. Algo de guita apareció antes que cayera el 2001.

Ya después hablábamos con todos los que pertenecían a la comisión de salud. Finalmente, Duhalde nos terminó sacando de la Ley de Transferencia y nos devuelve el presupuesto en el 2002. Esa noche tomamos el instituto y miramos la sesión de diputados por televisión, en la parte de la votación se nos cortó la transmisión. Llamamos a Tito Sosa (asesor de la diputada Martínez) y nos relataba la votación.

Coincidieron muchas cosas. Nos sacan de la ley, nos devuelven la guita que nos habían sacado. En el 2004 se muere Orozco que había sido por 25 años el director. La lucha era un organizador dentro de la institución y él era una figura muy fuerte/un líder y terminó peleando al lado nuestro. Teníamos que laburar muchas cosas que durante 10 años habían quedado de lado e incluso hicimos terapia de grupo. Pero a partir de entonces, hubo mayor previsibilidad. Para nosotros es un orgullo todo lo que hemos hecho.

D: Corchuelo Blasco ocupaba muchos cargos menores pero se hacía lo que él decía. Al principio lo teníamos en contra. Lombardo nos confundía con el INE. Tenía una conocida ahí y quería que la cambiáramos al INAREPS como cambio de favores, pero no nos iba a dar nada. En el medio de todo, Lopez Murphy y Bullrich nos bajaron el sueldo un 13% a los

estatales, educación y jubilados. Se abrieron muchos frentes, había represión y la pasamos mal. En ese momento surgió la idea de ATE de la AUH. No había gente desocupada, eran trabajadores desocupados. Si el Estado le paga un salario familiar al trabajador formal, que por lo menos se lo dieran a los desocupados. En ese contexto de desocupación, uno negocia cualquier cosa.

Ahora nos hacemos cargo todo nosotros. El instituto de CABA tienen problemas constantes de presupuesto y amenazas de cierre. Los quieren integrar al Muñiz. Nosotros nos propusimos ser cabecera de los institutos de rehabilitación y transmitir los conocimientos en red. Hoy tenemos otras posibilidades con las herramientas tecnológicas (Telesalud).

### *Entrevista a Daniel Barragán (ATE).*

1) Presentación. Breve biografía de su vinculación sindical. Rol en los '90.

Yo gané la conducción en la Asociación de Trabajadores del Estado el 5 de agosto de 1991 hasta el 6 de noviembre de 2003.

2) ¿Cuándo marcaría el inicio de los conflictos con el Estado?

El principio fue el intento de transferencia del instituto a la provincia de Buenos Aires. Junto a eso se dieron otras cuestiones como el congelamiento de ingreso a planta, el congelamiento salarial y la convertibilidad, que paralizó totalmente la movilidad salarial. Si mal no recuerdo, el promedio era de \$200.

3) ¿Cuál era la postura sindical frente al menemismo y el paradigma reformista?

ATE tenía dos dirigentes históricos. El secretario general Víctor Degenaro, que le había ganado el sindicato a una conducción más conservadora y vinculada a la dictadura militar. Él, junto con Germán Abdala, llevaron adelante la agrupación ANUSATE, con el característico color verde. Ellos le imprimieron al movimiento obrero una visión muy clara de lo que tenía que ser el rol del Estado. Ante las consignas permanentes de achicamiento del menemismo, ATE planteaba que era necesario fortalecer el Estado para engrandecer a la Nación. Esa es la línea que se continuó permanentemente. La discusión no pasaba sólo por salarios o condiciones de medioambiente, sino nuestro propio rol como trabajadores del Estado. Eso influyó mucho en nosotros, que para ese entonces éramos jóvenes pero teníamos un recorrido



de militancia en el campo nacional y popular. Al tiempo conformamos la agrupación Libertario Ferrari, que nos permitió ganar la elección tres días después de la nevada. Esa nevada me agarró a mí colocando pasacalles en defensa del Materno Infantil.

4) ¿Existían contradicciones internas? Visiones diferentes, conflictos.

No había posturas encontradas. Eran experiencias nuevas para los trabajadores del instituto. Las asociaciones de profesionales de INAREPS e INE tuvieron un rol extraordinario (también Materno e HIGA), sobre todo, a partir de la nueva camada de médicos. Los más grandes se adhirió prontamente, como el Dr. Castillo y el Dr. Tortorella y se reconocían como peronistas que el menemismo había cambiado las reglas de juego.

5) ¿Qué recuerda de los conflictos entre el Estado y el INAREPS (falta de presupuesto, posible conversión en un neuropsiquiátrico, toma del INAREPS)?

El nivel asambleario y la participación que logramos fue extraordinario. Esto generó que la dirección del establecimiento tuviera que acompañar, más allá de las posiciones encontradas. A fin de cuentas, el director Orozco salía con nosotros con una bandera y un fierro “tipo mástil” a cortar la calle. En el balance final, tengo un grato recuerdo y, además, era muy divertido pelearme con él.

Yo creo que tiene dos etapas: la del 91 al 96 con el tema de la transferencia, pero se agudiza la problemática a partir del 96 cuando se produce la Segunda Reforma del Estado. Si bien no pasó en el INAREPS, en el INIDEP, Chapadmalal, INE y Mercado Concentrador Pesquero se produjeron despidos masivos. Lo inédito fue la emergencia de distintos sectores en protestas y cortes de calle, incluso antes de lo de Cutral Có. Fue una metodología muy masiva de parte de los trabajadores del instituto, al inicio con cierta timidez pero lograron una capacidad de organización corporativa que nos garantizó un aceitado trabajo organizativo en el que confluían los demás establecimientos en un lugar emblemático como el ingreso a la ciudad desde la ruta 88.

6) ¿Cuál fue el rol de los internados y sus familiares?

Participaban permanentemente. No sólo de las asambleas, sino de los cortes de calle. Algunos decían que nosotros los usábamos, pero ellos participaban y era muy bueno para visibilizar una situación muy impactante. Ver las sillas de rueda cortando la ruta era, simbólicamente, extraordinario.

7) ¿Qué grado de vinculación/cooperación existió con la comunidad civil? ¿Municipio?

Desde el comienzo hubo un apoyo muy abierto. Nosotros marchábamos mostrando el rol del instituto en innumerable cantidad de situaciones. Yo iba con el equipo de sonido explicando el rol del instituto como referencia en la mitad sur del país. Eso generó una adhesión inmediata de toda la comunidad, tanto en el 91 como en el avance del 96 que siguió hasta el 2003. El 26 de diciembre de 1996, un día después de navidad, decidimos paro por tiempo indeterminado por 4 meses. Yo dormía una noche en el INE y otra en Chapadmalal.

Respecto al municipio, Elio Aprile, si bien no tuvo una actuación destacada, jamás se opuso a nuestros reclamos. Destaco su actitud del 19 y 20 de diciembre y cuenta con mi reconocimiento.

8) ¿De qué se trató la reforma realmente y cómo se terminó dando?

El instituto no estuvo solo en todo esto. La relación con el Posadas, el Sommer y la colonia Montes de Oca fue muy fluida y tuvo mucha potencia. Nuestro accionar estuvo permanentemente coordinado, tanto desde el sindicato como desde las Asociaciones de Profesionales. En muchas ocasiones, nos juntamos con toda la militancia en el hall del Ministerio de Salud, tuvimos innumerables reuniones con funcionarios. Pudimos frenar los alcances del recorte, con idas y vuelta. Íbamos de Salud a Función Pública porque en ese corredor era donde se decidía todo. A diferencia de otros lugares, no se dieron despidos (listas de UPCN) sino un fuerte recorte presupuestario.

Fue un plan perfectamente establecido, continuación de la primera reforma del Estado (empresas y luego aparato del Estado), con la descentralización propuesta del Banco Mundial y que Menem intentó llevar adelante muy convencido. La verdad es que la resistencia que nosotros generamos logró impedirlo claramente.

9) ¿Qué cambios y continuidades se dieron con la llegada de la Alianza?

El gobierno termina así por su absoluta incapacidad para gestionar, por su desconocimiento, por las diferencias políticas internas, por la improvisación. El período del menemismo fue de virulencia pero con interlocución, pero la Alianza fue un ausente sin una visión de lo que era la salud, en particular, y en general todos los sectores; generando un vacío que estalló en el 2001.

10) ¿Cuándo marcaría el fin del período estudiado?

Yo creo que el 25 de mayo de 2003 marcó la diferencia. Más allá de que creo que el kirchnerismo no tuvo buenos ministros de salud y la salud no fue la política más fuerte, el ambiente general marcó una tendencia distinta. No hubo más hostigamientos y se fortaleció el instituto, con altos y bajos.

Fue una experiencia organizativa extraordinaria y de solidaridad increíble. Los marcó a los trabajadores, y con orgullo recuerdan que fueron protagonistas de una causa noble. El INAREPS terminó siendo el principal instituto de rehabilitación del país, frente al desguazamiento del de CABA. El instituto terminó de construir su prestigio y su relación con la sociedad “abriendo sus puertas”. Nació como centro para tratar la poliomielitis para transformarse en la principal referencia de rehabilitación del país.

*Entrevista a Silvia Orellana, María Teresa Battimo y Liliana Bauza.*<sup>54</sup>

1) ¿Podrían darnos una breve biografía de cada una en relación con la institución?

Silvia Orellana: Yo a la institución la conocí en 1983, donde comencé a cursar la carrera de Terapia Ocupacional dentro de la institución. En 1985, hice una residencia de pregrado y en el '88, una concurrencia de posgrado. El 1 de diciembre de 1989 ingresé como trabajadora de planta permanente en el INAREPS.

María Teresa Battimo: Yo ingresé al INAREPS en 1993. Era estudiante de psicología e ingresé, en primera instancia, al área administrativa en el Departamento de Estadística. En 1993 me recibí de psicóloga y, tres años después, comencé a trabajar en el Servicio de Psicología de la institución.

Liliana Bauzá: Yo soy Fonoaudióloga. Ingresé en 1982 por una conexión que había con la Universidad del Aconcagua de Mendoza, a través de un convenio de pasantías que duraba tres meses. Finalmente, permanecí durante más tiempo en la institución (gran parte, ad honorem) hasta que obtuve el nombramiento en 1990.

2) ¿Cómo recuerdan su experiencia como ingresantes profesionales en relación a los conflictos que se vivieron en la institución con las reformas que el gobierno de Menem proponía para la salud pública?

---

<sup>54</sup> Silvia Orellana (Terapeuta Ocupacional), María Teresa Battimo (Psicóloga) y Liliana Bauzá (Fonoaudióloga), trabajadoras de la salud del INAREPS que iniciaron su desempeño laboral entre mediados de los '80 y principios de los años '90.

Liliana Bauzá: Esos primeros años estuvieron marcados por salir a la calle a luchar por el instituto, incluso antes de la llegada de Menem. Me acuerdo de acompañar al director Orosco a Buenos Aires, precisamente al Ministerio de Salud, o hacer caminatas y cortes parciales de la ruta 88 para visibilizar nuestros problemas. Mi lucha era defender la identidad de la institución y todos los pacientes que necesitaban de nuestro trabajo.

Silvia Orellana: Queríamos defender la identidad del instituto. En los '90 se pretendía que dejáramos de ser efectores de rehabilitación, para pasar a hacer alguna otra actividad indefinida (neuropsiquiátrico, gerontología). La realidad es que no éramos considerados como actores de la salud y el Estado Nacional nos quería 'sacar del medio' y pasarnos a provincia. Veíamos muy mal entrar a provincia, nuestros sueldos en Nación, con la ley de la convertibilidad, eran muy buenos; casi el doble que en provincia. Nuestra discusión no era solo como institución, sino en defensa de nuestros puestos laborales. Logramos frenarlos y, hoy en día, somos uno de los cinco institutos de salud a nivel nacional y somos los únicos referentes en el área de la rehabilitación.

María Teresa Battimo: Cuando yo entré en el '93, ya había muchas compañeras que ingresaban como trabajadoras de la provincia.

3) ¿Cuándo marcaría el inicio de los conflictos con el Estado?

Silvia Orellana: Para mí fue el primer corte de ruta que hicimos en 1992/ principios de 1993. Salíamos todas las mamás con los changuitos acompañadas de los pacientes. Nosotros veíamos los distintos cortes que había a lo largo del país como forma de reclamo, y decidimos manifestarnos de la misma manera.

4) ¿Era homogénea esa participación en las protestas y los cortes de ruta?

Silvia Orellana: Más que nada era el área de servicios (rehabilitación, servicio social, psicología y fonoaudiología) el más participativo. Era la camada joven que, junto con el personal administrativo, más empujaba. Los médicos tenían opiniones diferenciadas. Algunos estaban de acuerdo, pero había una hegemonía médica vinculada a la historia de la profesión que no admitía ese tipo de reclamos. La dirección era masculina, y nosotras éramos las técnicas (mayoría femenina) con otros intereses.

En realidad tenemos una doble función: una cosa es ser profesionales y otra es ser empleados del Estado. Ante todo, nosotros somos trabajadores. Si a un médico le pasa algo, en el Estado va a seguir protegido por los derechos laborales y va a seguir cobrando su sueldo, en el ámbito privado es una lógica sumamente diferente marcada por el 'lucro cesante'.

5) ¿Qué cambios produjo su inclusión en el Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión?

Silvia Orellana: Ahí fue el primer SAMO<sup>55</sup> que cobramos. Sólo la primera vez, en 1996, fue un ingreso significativo, pero luego se diluyó en el tiempo y no modificó la lógica de funcionamiento de la institución; además de que gran parte de nuestros pacientes no tenían obra social.

6) ¿Estaban asociadas al sindicato ATE? ¿Cómo se representaban en la institución?

Liliana Bauzá: Yo estuve sólo un año afiliada y luego me fui, no me siento representada.

Silvia Orellana: Yo estaba afiliada en esa época. Siempre creí en la afiliación sindical. ATE era muy fuerte y nos brindaba la organización de lucha bajo la organización de Daniel Barragán, Laura Valente y Daniel Palos.

María Teresa Battimo: En esa época yo estaba afiliada y su organización era muy fuerte. Al comienzo, tuvo un pico de organización con la lucha y con el tiempo me desilusioné. Cuando desapareció la figura de Daniel Barragán, decayó la figura de un liderazgo que inspirara confianza. UPCN era muy tibio y no participaba de los reclamos de una manera activa.

7) ¿Cuál fue el rol de los internados y sus familiares?

Silvia Orellana: Los pacientes estaban en la primera línea de lucha y eran muy activos. No se enojaban cuando se suspendían sus turnos por los reclamos. Había una relación muy cercana con ellos y sus familiares

8) ¿Qué grado de vinculación/cooperación existió con la comunidad civil?

Silvia Orellana: A través del director Orozco, el sindicato ATE y de la Asociación de Profesionales del instituto, logramos visibilizarnos a través de la prensa y reconstruir la identidad con la comunidad, ya que gran parte seguía pensando en la institución como el Cerenil (Centro del Niño Lisiado). La identidad se sigue trabajando. Hoy en día somos INAREPS/ex Cerenil. Yo creo que en los '90 fue el segundo momento de construcción de identidad con la comunidad, luego de lo que fue su emergencia como ONG frente a la pandemia de poliomielitis.

---

<sup>55</sup> Sistema de Atención Médica Organizada. Programa que permite recuperar costos para invertirlos en mejoras de funcionamiento y mantenimiento

9) En su opinión, ¿qué concepción tenía el Min. Salud y Acción Social sobre la atención médica, particularmente la rehabilitación y la discapacidad?

Silvia Orellana: No tenían ninguna visión sobre discapacidad. Cuando viajaba por el país para dar capacitaciones, la mayoría de ellas eran organizadas por ONG's ya que el Estado no se hacía cargo, directamente.

María Teresa Battimo: Cuando trabajaba en el Departamento de Estadística, nos exigían datos como si fuéramos un Hospital de Agudos. Todo el tiempo teníamos que justificar lo que hacíamos y nos reclamaban que teníamos poca gente internada mucho tiempo. La rehabilitación es otro proceso con otros tiempos, no sólo por la internación sino también por su reinserción social.

10) ¿Realmente fue planificada la reforma o estuvo marcada por una gran improvisación? ¿Cómo impacta en su propia experiencia de trabajo?

María Teresa Battimo: La reforma fue una idea que tuvieron pero que no lograron llevarla adelante como ellos pretendían.

Silvia Orellana: La reforma fue algo desprolija, pero que sigue teniendo consecuencias en el presente. Gran parte de la profesión sigue siendo ideada por y para los médicos desde los resortes del Estado. Como no somos médicos, y al no tener especialidades ni residencias de posgrado, nos dificulta mucho nuestro progreso en la carrera profesional. Eso es gran parte de la no planificación que nos sigue afectando hasta hoy en día, donde sólo se tiene en cuenta la antigüedad laboral para lograr un progreso considerable.

11) ¿Qué recuerdan de la llegada de de la Rúa al gobierno entre 1999 y 2001?

María Teresa Battimo: Fue nefasto. Se vislumbró una falta de poder y de planificación que acentuaba lo vivido en la etapa de Menem. Nos bajaron el 13% del sueldo y nos querían compensar con bonos que valían el 80% del valor real en la Bolsa de Comercio.

Silvia Orellana: Por lo menos, en el primer gobierno de Menem, logramos equiparnos e incorporar elementos que eran sólo vistas a través de revistas que pertenecían al primer mundo.

12) ¿Cuándo marcaría el fin del período estudiado?

Silvia Orellana: Yo noté el fin de este proceso cuando se logró la ampliación de lo edilicio en el 2001. Un día llegamos a trabajar y, por 'espasmos de presupuesto' junto a la habilidad del director Orozco, se anunciaron las obras para el instituto y la construcción de la Escuela

Provincial N° 501 especializada en discapacidad como edificio aparte del complejo. En ese momento, la institución se consolidó y sabíamos que no nos íbamos más. De hecho, tuvieron que sacar un tilo y un trabajador que era parte de la institución y ebanista, Leandro Alem, talló un Jesucristo como símbolo de la resurrección y perpetuidad del INAREPS.

13) ¿Qué desafíos siguen presentes en la institución y para ustedes como trabajadoras de rehabilitación en la salud pública?

María Teresa Battimo: Los desafíos siguen presentes más allá de cualquier gobierno. Seguimos luchando por fortalecer los lazos interinstitucionales y por ser un centro de referencia a nivel nacional y contar con un presupuesto acorde a lo que representamos. Antes era negado y rechazado, hay una mayor visibilización y aceptación de la discapacidad en la sociedad, pero es un proceso que lleva casi 40 años y lentamente se va modificando el entorno.

*Disposiciones gubernamentales.*

*A continuación, se adjuntan las principales disposiciones tomadas por el gobierno nacional durante los años '90 en el ámbito del sistema de salud y acorde a los tres subsectores que lo conforman (público, sindical y privado).*

#### SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD

Decreto 578/93

Créase el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Bs. As. 1/4/93

VISTO el Decreto N9 1269 del 20 de julio de 1992 por el cual se aprobaron las Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social; y

CONSIDERANDO:

Que una de las políticas sustantivas establece el mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población.

Que para ello corresponde diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles. Que consecuentemente se hace necesario definir el rol del Hospital Público, dentro del sistema de atención médica, a los efectos de que a través de su recuperación cumpla acabadamente con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación que le son propias.

Que se hace necesario también, promover, desarrollar y apoyar la estrategia de la atención primaria como componente fundamental de extensión de cobertura y de accesibilidad al sistema.

Que para ello se entiende necesario establecer mecanismos que permitan la Financiación y Transformación del Hospital Público.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el Artículo 86, Inciso 1) de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACIÓN ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1° — Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, a que hace referencia el Art. 19 del Decreto 9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en este decreto, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescripto en la presente normativa y estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Art. 2° — Créase dependiente de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social el REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PÚBLICOS DE AUTOGESTIÓN (HPA).

Art. 3° — Las Jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa.

Art. 4° — El Hospital Público de Autogestión (HPA) actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y con las facultades



legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas, con capacidad para:

a) Realizar convenios con entidades de la Seguridad Social comprendidas en las normas vigentes y las que se dicten en relación con las prestaciones que los mismos estén obligados a brindar a sus beneficiarios.

b) Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales.

c) Cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina pre-paga, seguros de accidentes, medicina laboral u otros similares que estén obligados por normas vigentes dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario.

d) Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional.

e) Toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de descentralización.

Art. 5° — El accionar de dichos establecimientos deberá reunir los siguientes requisitos:

a) Contribuir a la extensión de cobertura de la atención médica.

b) Brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad.

c) Contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional.

d) Desarrollar además de las actividades asistenciales, de docencia e investigación que le asigne la autoridad correspondiente, acciones de promoción y protección de la salud y de

prevención de la enfermedad en las áreas programáticas y en la red de servicios que pueda integrar.

e) Implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de Atención Primaria de la Salud sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica.

f) Promover y desarrollar la capacitación de personal, la educación continua y la capacitación en servicio.

g) Disponer de un Área de Servicio Social que posibilite, entre sus funciones, establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios.

h) Cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA elaborado por la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

i) Estar habilitados y categorizados por autoridad competente en el marco de dicho Programa.

j) Alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que el Programa establezca para cada categoría.

k) Aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad que defina la autoridad competente.

Art. 6° — El Hospital Público de Autogestión (HPA), en el marco normativo de su jurisdicción, estará sujeto a las siguientes atribuciones y obligaciones:

a) Elaborar y elevar a la autoridad Jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos.

b) Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos.

c) Diseñar y proponer a la autoridad jurisdiccional la constitución o implementación de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de cobertura.

d) Designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y categorías, conforme a normas vigentes en la jurisdicción, como asimismo aceptar las bajas por cualquier concepto.

e) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.

f) Elaborar su propio Reglamento Interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.

g) Extender los horarios de atención de sus servicios brindando asistencia entre las 8.00 y las 20.00 horas, a excepción del servicio de emergencias.

Art. 7° — El Hospital Público de Autogestión (HPA) brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios.

Art. 8° — La Dirección del Establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en Administración Sanitaria. La composición, funciones y atribuciones de la misma serán definidas en la estructura orgánica funcional que establezca el acto formal de descentralización del hospital por parte de la autoridad jurisdiccional.

Art. 9° — En los establecimientos de mediana y alta complejidad, la Dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con participación social cuyas constituciones, atribuciones, obligaciones e integraciones serán definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Art. 10 — El Hospital Público de Autogestión (HPA) continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de

acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".

Art. 11. — Los ingresos que perciba el Hospital Público de Autogestión (HPA) por el cobro de prestaciones serán administrados directamente por el mismo, debiendo establecer la autoridad sanitaria jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

a) El fondo de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias.

b) El fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento.

c) El fondo para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Art. 12. — La Secretaría de Salud de la Nación elaborará modelos alternativos de autogestión brindando apoyo y cooperación técnica a las jurisdicciones para la implementación y desarrollo del Hospital Público de Autogestión (HPA) y para la formación y capacitación del recurso humano necesario.

Art. 13. — Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con dichos hospitales preferentemente en base a contratos de riesgo con la modalidad de capitación o cartera fija.

Art. 14. — Cuando no exista convenio previo, el Hospital Público de Autogestión (HPA), podrá facturar al agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente, las prestaciones que brinde, de acuerdo con los valores vigentes que establezca la Secretaría de Salud de la Nación en base a la modalidad de arancel globalizado.

Art. 15. — Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud están obligados a saldar el pago de lo facturado por el Hospital Público de Autogestión (HPA) dentro de los treinta (30)

días corridos de presentada la liquidación mensual, del 1 al 5 del mes siguiente a la prestación.

Art. 16. — Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el Hospital Público de Autogestión (HPA) podrá reclamar el pago al ANSSAL, quien procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente y al pago de la misma dentro de los quince (15) días hábiles de efectuada dicha retención. En caso de discrepancias en los montos de la facturación entre el Hospital Público de Autogestión (HPA) y el agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el ANSSAL elevará su opinión a la Secretaría de Salud cuya decisión será definitiva.

Art. 17. — La Secretaría de Salud de la Nación de común acuerdo con la jurisdicción respectiva podrá incluir en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) a los establecimientos asistenciales que por su localización geográfica, nivel de complejidad y características locales no cumplimenten totalmente los requisitos de la presente normativa.

Art. 18. — (Transitorio) — A los efectos de la puesta en marcha del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), las jurisdicciones podrán inscribir, por única vez, a todos los hospitales de su dependencia que adhieran al sistema, con la sola presentación de una carta intención donde se comprometan a adecuar a dichos establecimientos asistenciales a la normativa del presente Decreto en los plazos que convengan la Secretaría de Salud de la Nación con la autoridad sanitaria de la respectiva jurisdicción.

Art. 19. — El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la Secretaría de Salud, será el organismo de aplicación del presente Decreto y como tal queda facultada para dictar todas las normas complementarias que hagan al cumplimiento del mismo.

Art. 20. — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM. — Julio C. Aráoz.

OBRAS SOCIALES

Decreto 9/93

Establécese que, los beneficios comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N° 23.660, tendrán libre elección de su obra social dentro de las comprendidas en los incisos a), b), c), d), y f) del artículo 1° de la citada Ley.

Bs.As, 7/1/93

VISTO las leyes 23.660 y 23.661, y

#### CONSIDERANDO

Que la salud, en su interpretación amplia, integra el concepto de persona y, aún más, trasciende la visión individual para conformar un valor de la comunidad, ya que la plena realización colectiva fortalece y asegura la salud personal.

Dada esta interacción entre la persona y la comunidad, evitar el deterioro de la salud personal y pública requiere un tratamiento solidario pues lo que beneficia o perjudica al conjunto se traslada al individuo.

Estos efectos interactivos tanto individuales como colectivos definen la naturaleza del cuidado de la salud y hacen necesario que las estructuras y sistemas relacionados con su atención deban ser utilizados con el doble objetivo de producir resultados óptimos tanto en lo individual como en lo comunitario.

Que el sistema de obras sociales fue una de las respuestas que elaboró la sociedad frente a los desafíos y carencias que plantea el tratamiento solidario de los problemas que subyacen a la atención de la salud. En tal sentido el nacimiento del sistema y su desarrollo significó una importante herramienta de progreso social.

Que la libertad para elegir la obra social contribuirá a la eficiencia del sistema de obras sociales por el clima de mayor competencia que se derivará de esta situación, que implica incorporar un novedoso mecanismo de control sobre la administración de los recursos a cargo de los propios beneficiarios.

Que esto implica reconocer que no sólo es necesario explicitar los derechos de los trabajadores, sino también brindar los mecanismos para que éstos puedan ser ejercidos.

La mayor competencia incentivará el control sobre la calidad de las prestaciones a partir del protagonismo activo de los beneficiarios, liberando al Estado para concentrar su capacidad de fiscalización en aspectos del sistema que no pueden ser vigilados por los propios usuarios.

Que es necesario diferenciarlos entes prestadores de los servicios de salud de las organizaciones profesionales cuyos objetivos son defender a sus respectivos asociados, aumentando en consecuencia la eficiencia de aquéllas.

Que por todo lo expuesto se propicia la libertad de afiliación y la desregulación de la contratación de los prestatarios de los servicios relacionados al cuidado de la salud.

Que siendo el hospital público un factor fundamental de todo este sistema, se hace necesario garantizar su financiamiento, para lo cual resulta indispensable que éste reciba un trato igualitario cuando brinda prestaciones a beneficiarios que cuentan con cobertura social.

Que asimismo y a fin de mejorar las prestaciones que puedan otorgar las obras sociales existentes, éstas podrán utilizar procedimientos que optimicen su funcionamiento.

Que el presente se dicta en uso de las facultades emergentes del artículo 86 inciso 2) de la Constitución Nacional.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo. 1 — Los beneficiarios comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley N° 23.660 tendrán libre elección de su obra social dentro de las comprendidas en los incisos a), b), c), d) y h) del artículo 1 de la mencionada ley.

(Artículo sustituido por art. 1 del Decreto N° 1.301/97 B.O. 1/12/1997)

Art. 2 — La elección prevista en el artículo anterior podrá recaer solamente en una obra social y será ejercida solo en una oportunidad por año.

Art. 3 — Las modalidades que deberán cumplirse para que los aportes y contribuciones sean depositados en la obra social elegida, serán determinadas por Resolución conjunta de los MINISTERIOS DE SALUD Y ACCION SOCIAL Y DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.

Art. 4 — Las prestaciones básicas que deberán brindar las obras sociales serán determinadas por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) compensará a la obra social las diferencias que pudiera surgir entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios con el costo de las prestaciones básicas.

Art. 5 — Las obras sociales no podrán suscribir contratos prestacionales con entidades que tengan competencia directa o indirecta en el control de la matrícula profesional o limiten a sus miembros el derecho de contratar directamente.

Art. 6 — Déjase sin efecto todas las restricciones que limiten la libertad de contratación entre prestadores y obras sociales, así como aquéllas que regulen aranceles prestacionales de cualquier tipo.

Art. 7 — Queda prohibido toda forma directa o indirecta de administración o cobro centralizado de las contrataciones mencionadas en los artículos precedentes, con excepción de las correspondientes a matrículas o cuotas sociales.

Art. 8 — Los contratos que se celebren entre obras sociales y prestadores, deberán contener necesariamente criterios de categorización y acreditación tendientes a optimizar la calidad de la atención médica.

Art. 9 — Los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud estarán obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de los hospitales públicos que cumplan con la normativa que oportunamente dicte el PODER EJECUTIVO NACIONAL.

Art. 10 — Las obras sociales podrán fusionarse, federarse o utilizar otros mecanismos de unificación, total o parcial, para el cumplimiento de sus objetivos y los perseguidos por el presente Decreto.

Art. 11 — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — MENEM — Julio C. Araoz — Enrique O. Rodríguez.

## MEDICINA PREPAGA

Ley 24.754

Establécese que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias " dispuestas por las obras sociales.

Sancionada: noviembre 28 de 1996.

Promulgada de Hecho: diciembre 23 de 1996.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º- A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley , las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo , en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias " dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660,23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones.

ARTICULO 2º- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SECCIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES , A LOS VEINTIOCHO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS.

ALBERTO R. PIERRI- CARLOS F. RUCKAUF - Esther H. Pereyra Arandía de Perez Pardo  
- Edgardo Piuzzi.



*La salud en época de ajuste.*

DIARIO LA NACIÓN

22 DE JUNIO DE 1997

AUTOR: JORGE PALOMAR

[Fragmentos]

El Séptimo Congreso Latinoamericano de Medicina Social, llevado a cabo en el Teatro San Martín entre el 17 y el 22 de marzo último, reunió a los sanitaristas más reconocidos de la región. Cada uno expuso, en un contexto social, la realidad sanitaria de su país.

El congreso fue abierto por el médico argentino José Carlos Escudero. Su diagnóstico sobre la salud que tenemos y la que deberíamos tener fue, en síntesis, la siguiente: "En apenas veinte años -de 1976 a 1996-, la pobreza se triplicó; hasta mediados del presente siglo estábamos entre los cuatro países con menor índice de mortalidad infantil en el continente americano; hoy, descendimos al puesto 17.º"

Todos los entrevistados para esta investigación -desde el ministro de Salud hasta su crítico más agudo- coincidieron en que el debate debe ser global. No se puede hablar de la salud sin mencionar a los hospitales; no se puede considerar la autogestión sin apuntar a las obras sociales y a las prepagas; no se puede analizar las estadísticas sin profundizar el contexto social. Lo que se discute es si el Estado cumple su condición de primer e ineludible responsable de la salud pública.

Hasta la fecha, 800 hospitales de todo el país funcionan con el sistema de autogestión. Los resultados, según el análisis de médicos y sanitaristas, van desde un mejoramiento del servicio hasta la crisis más profunda. No hace falta escudriñar demasiado para comprobar que esta caída en picada es el resultado de haber enfocado la salud como un gasto y no como una inversión.

La explosión de la infraestructura hospitalaria argentina, plasmada -por citar sólo algunos casos- en obras como la de los hospitales Posadas, Ricardo Gutiérrez, de Clínicas José de San Martín, Fernández, Alvear y, con otra orientación, el Instituto Malbrán-, es la foto de un pasado esplendoroso que contrasta con lo que se ve ahora. La salud pública está en terapia intensiva. El retroceso de la calidad de la salud está asociado al avance del empobrecimiento de una buena parte de la población.

-El Estado empezó a desentenderse de la cuestión...

-Eso es concreto. Si bien generó una importantísima inversión tecnológica, se pasó de la salud pública manejada por el Estado a una salud del público manejada desde los sindicatos y desde las clínicas y sanatorios privados.

"Si por un lado la medicina mejoró mucho -señala Cámara-, dejó de estar centrada en el hospital público porque, en realidad, éste pasó a ser el que atendía a los desposeídos, a los rechazados por las obras sociales.

"El hospital público se quedó con todo lo que no producía beneficio y, además, se quedó con la formación del recurso humano. Y así se produjo un drenaje intelectual hacia el sector privado.

-¿No es un contrasentido inaugurar hospitales y dejar que otros se derrumben por falta de presupuesto?

En la Argentina se subraya el concepto de salud para todos. La pregunta es si está creada la estructura material y la voluntad política para que esto suceda.

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El sentido de la salud para todos en el año 2000, advierte: "La salud para todos obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable y viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y de vacunas".

La crisis hospitalaria y de la salud pública en general abonó, en gran medida, la teoría de la autogestión. El estudio del Ministerio de Salud y Acción Social aclara que "el hospital público debe ser considerado como una empresa descentralizada y autónoma, como un centro de costos independiente dentro de la estructura administrativa estatal y, además, una organización que compita ofreciendo servicios hospitalarios a usuarios tanto privados como públicos".

En 1990, la OMS, al ocuparse de la descentralización hospitalaria, reconoció que si bien se trata de una cuestión clave en la administración pública, el sector salud, específicamente, queda desatendido. En uno de sus párrafos sostiene que "en cualquier sistema de salud se necesitan elementos centrales y locales (...) lo que hay que determinar es el equilibrio que conviene conseguir".

-¿Cuáles son las posibilidades concretas del hospital público, en el sentido de atención universal, de atención sin barreras?

Para el Estado, la autogestión es un planteo renovador frente a un hospital desmotivado, envejecido, burocrático, rutinario... Y parecería que todos los que estamos en contra de la autogestión somos retardatarios, nostálgicos y defensores del viejo hospital. Esa es la crítica

que se nos hace. Mire: el artículo 4 del decreto dice que "le permite al hospital cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago". Entonces, de público, pasa a ser el hospital para parte del público. Como el Estado no puede cerrar los hospitales, lo que hace es transferirle a cada hospital la posibilidad de recaudar. Y les dicen: recauden y vivan con lo que recaudan".

-¿Sobre qué escenario estamos?

-Acá hay dos problemas serios: se está desvirtuando el derecho a la salud y la equidad social está alterada. El derecho a la salud no puede quedar en manos privadas ni en el libre albedrío de que en este momento si no tenés plata, te morís. Así como no queremos ciudadanos de primera y de segunda, con la salud pasa lo mismo.

-¿Cuánto pesa la desocupación en el terreno de la salud?

-La desocupación genera todo tipo de enfermedades. Por eso, a pesar de la descentralización hospitalaria, existe una importante cantidad de gente que no va a tener respuesta a sus necesidades. El único que le puede dar respuesta es el hospital con los recursos que tiene. Cada vez hay menos gente con obra social. De diez años a esta parte, la indigencia que atendemos en este hospital se triplicó.

-¿Y de qué se enferma la gente en tiempos de ajuste?

-Cada vez que hay crisis sociales, aumenta la tuberculosis. Esto es un dato interesante. En nuestro país siempre hubo tuberculosis, pero no con los índices que se ven ahora. Hay muchas enfermedades sociales. La desnutrición aumenta la presencia de muchas enfermedades infecciosas. Está demostrado, también, que todas las patologías tumorales tienen como antecedente estados de depresión. Cuanta más crisis vive una persona, se incrementan las patologías cardiovasculares y las gastrointestinales. En mi opinión, en esta cuestión, la Argentina se tercermundizó".

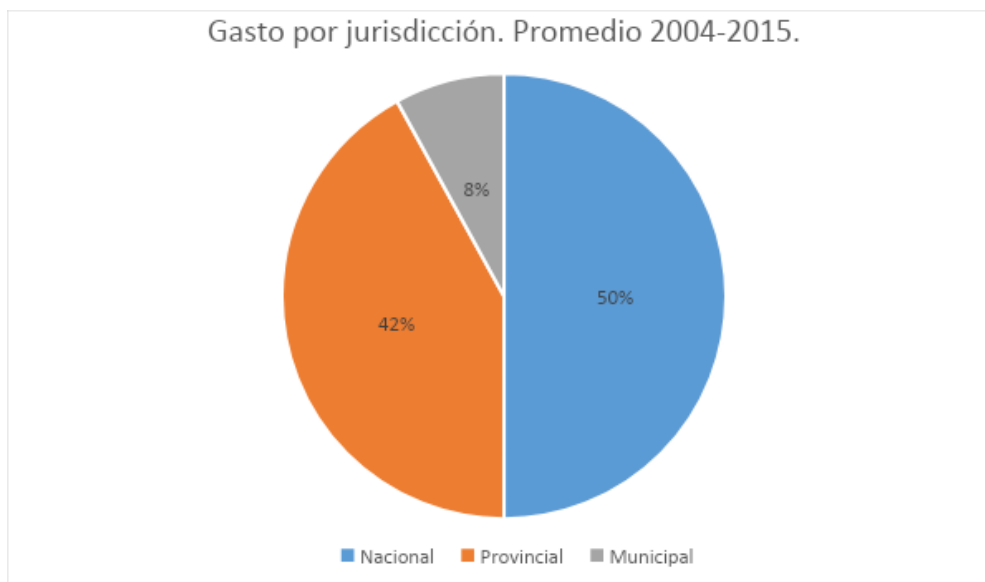
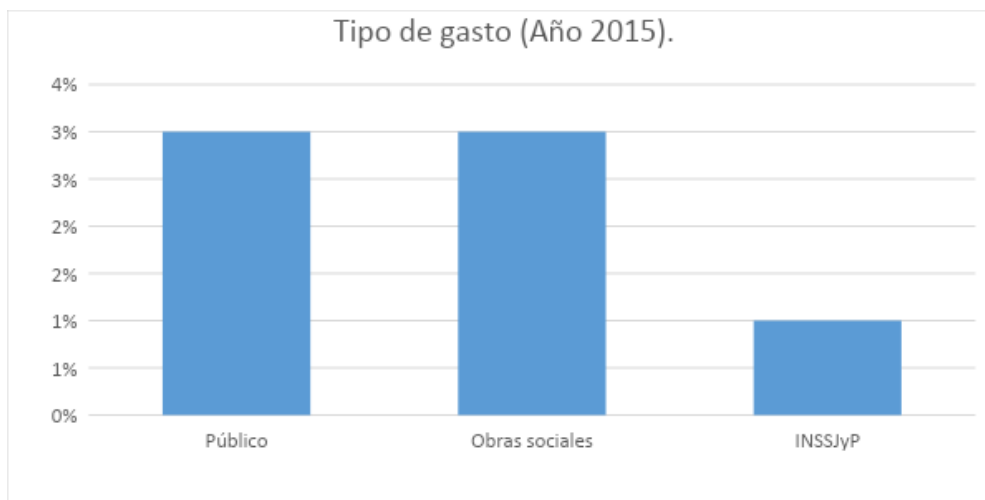
- Doctor Escudero, ¿hay una degradación de la salud de los argentinos?

-Vea, en la Argentina aumentó enormemente el nivel de pobreza. Los pobres, por el hecho de ser pobres, se enferman más. Y el lugar donde solían concurrir, bien equipado, público y gratuito, se convirtió en un hospital público empobrecido que empezó a cobrar por la atención. Hay un doble fenómeno de injusticia social. El empobrecimiento de los pobres de la Argentina y, una vez que se enferman, darles peores facilidades para atenderse que las que tenían hace treinta años. Lo que hay, entonces, es una degradación social general que profundizó aún más la pobreza.

*Datos actuales sobre gasto y cobertura de la población.*

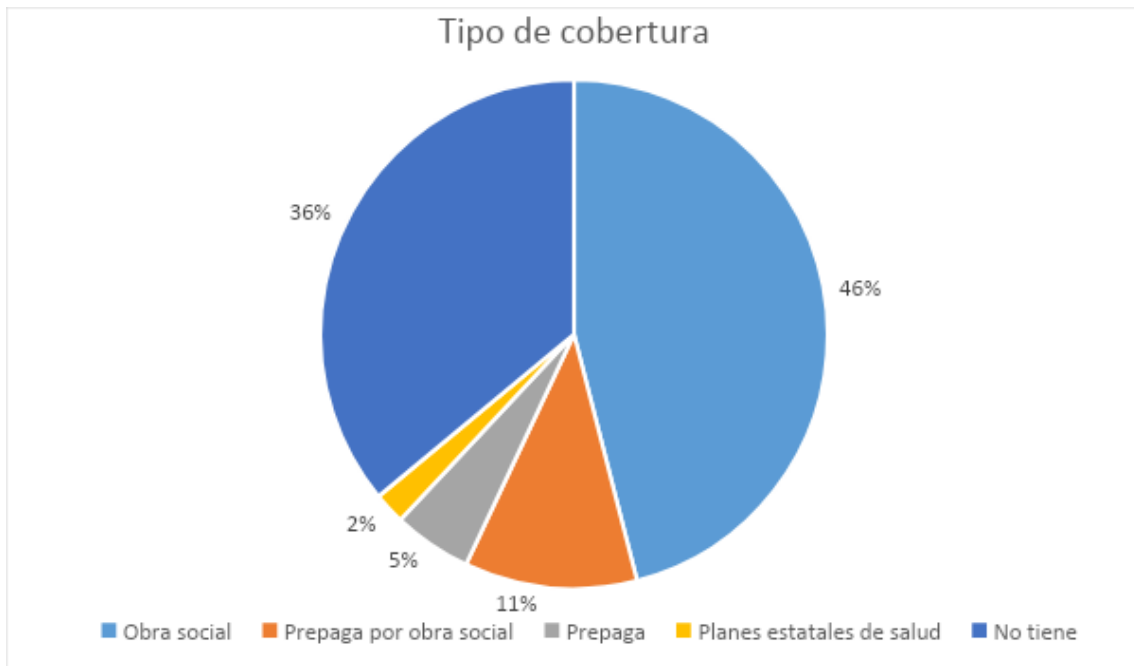
*1) Gasto público en salud.*

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 48. Gasto total: 7,1% del PBI.



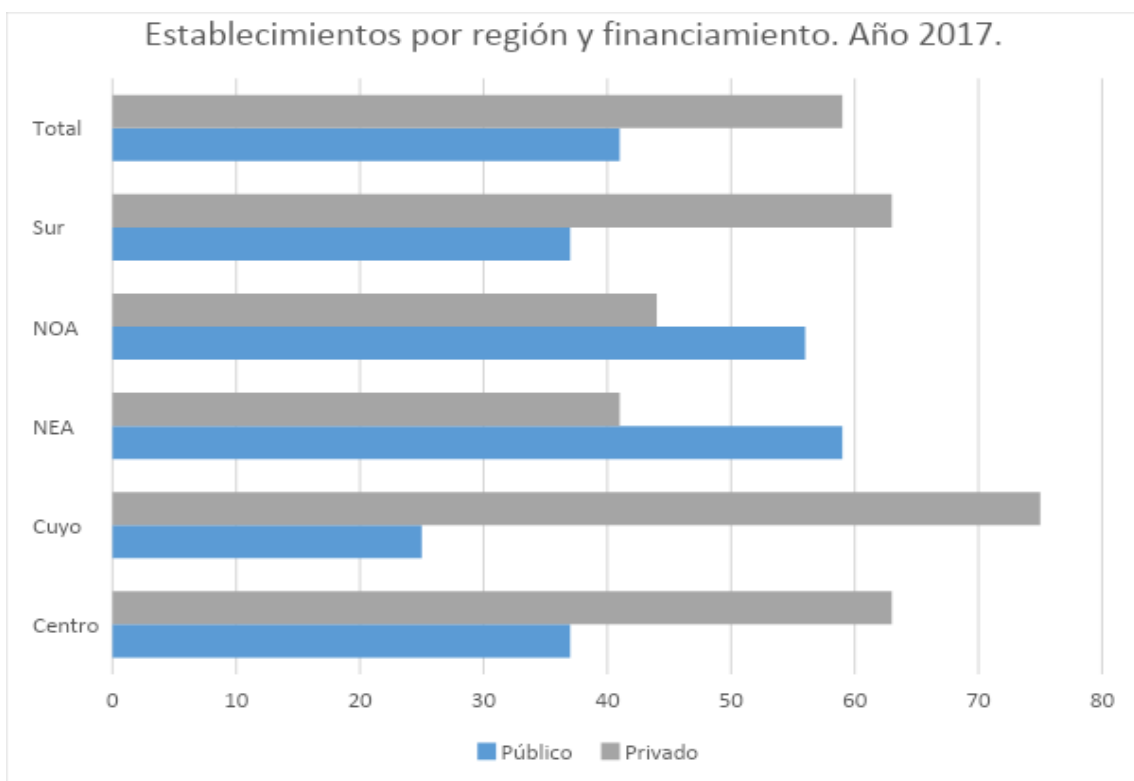
Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Análisis de situación de salud República Argentina*. Secretaría de Gobierno de Salud. Presidencia de la Nación.

*2) Coberturas de salud.*



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 49.

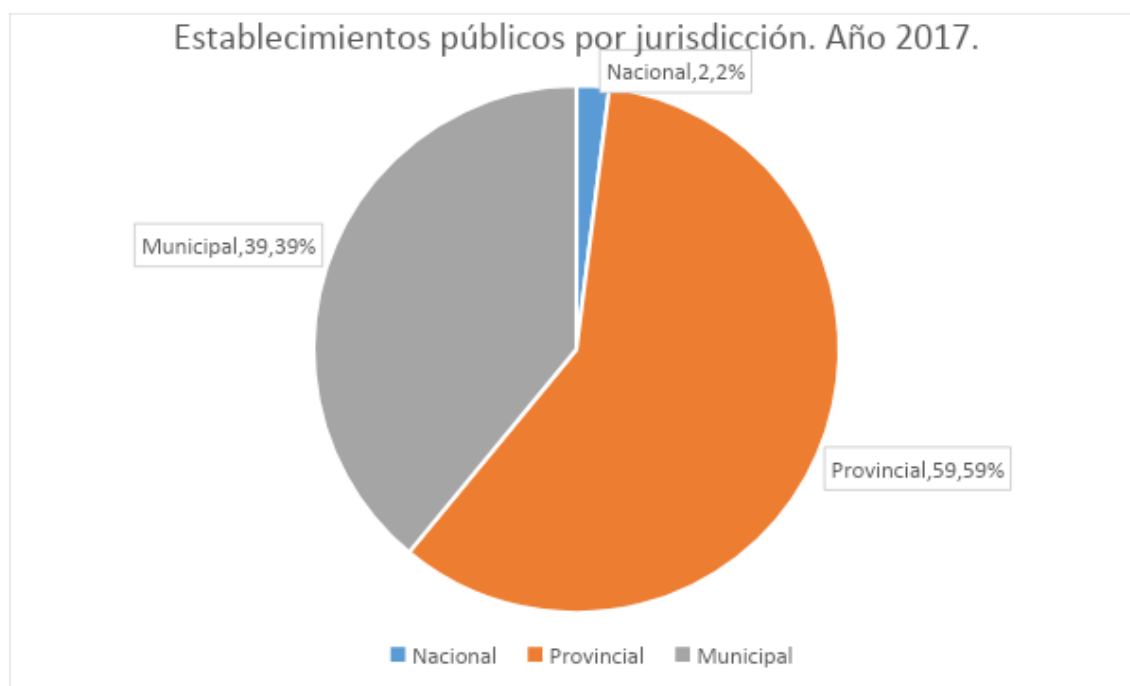
### 3) Infraestructura de los servicios de salud.



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 49.

Cantidad de establecimientos de salud por 10.000 habitantes según región. República Argentina. Año 2017.		
Región	Estab./10.000 hab.	
	Total	Sector Público
Centro	4,6	1,7
Cuyo	9,9	2,5
NEA	6,8	4,0
NOA	8,2	4,5
Sur	8,2	3,1
<b>Total</b>	<b>5,8</b>	<b>2,4</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 49 y 51.



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018: 51.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA, C. (2001). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cuadernos de Salde Pública, Rio de Janeiro, 18(4)905-925, Julio-agosto.
- ÁLVAREZ, A. (2018). *Muletas, vacunas y fragmentación del sistema de salud. El caso de la poliomielitis en la argentina de mediados del siglo xx*. Investigaciones y Ensayos N° 66, abril-septiembre 2018, pp. 149-177. Revista de la Academia Nacional de la Historia. <http://anh.org.ar/index.php>
- ÁLVAREZ, A. (2015). *Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Set 2015, vol.22, no.3, p.941-960. ISSN 0104-5970
- ÁLVAREZ, A. (2013). *El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana*. REVISTA DE HISTORIA DE LA MEDICINA Y EPISTEMOLOGÍA MÉDICA Vol .V - N° 1 - 1° semestre de 2013 (ISSN 1852-6152
- ÁLVAREZ, A. (2011). “Parálisis y acción’: el caso argentino frente a los brotes de poliomielitis de mediados del siglo XX”, en Porrás Gallo, María Isabel et al (eds.), *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias:una reflexión histórica*, Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha, p. 259-261.
- ÁLVAREZ, A. (comp.) (2018). *La historia de la salud y la enfermedad*. Mar del Plata: EUDEM. ISBN 978-987-4440-28-0.
- ÁLVAREZ GIMÉNEZ, R. (2010). Cobertura de Salud en Argentina. Propuesta para una atención farmacéutica. Tesina de Carrera de Farmacia, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- ARCE, H. (1996). *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en Argentina*. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 59, Naciones Unidas.
- BANDIERI, S. (2021). *Microhistoria, Microanálisis, Historia Regional, Historia Local. Similitudes, diferencias y desafíos teóricos y metodológicos: Aportes desde la Patagonia*. Anuario del Instituto de Historia Argentina, 21(1), e133. <https://doi.org/10.24215/2314257Xe133>

- BASUALDO, E. (2006). *Estudios de historia económica argentina. Desde mediados del siglo XX a la actualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI-FLACSO.
- BELMARTINO, S. (s/f). *Modelo Médico Hegemónico*. Ponencia presentada en Jornadas de A.P.S. - CONAMER - A.R.H.N.R.G.
- BELMARTINO, S. (2005). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina*. Artículo publicado en *Salud Colectiva*, La Plata, 1(2):155-171.
- BELMARTINO, S. (2007). “Los servicios de atención médica. Un legado histórico” en: S. Torrado, (comp.). *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*, T. II, Buenos Aires, Edhasa: 385-41
- BELMARTINO, S. (2011). “La reforma de los años ‘90”. En *Historias comparadas de la profesión médica. Argentina y EE.UU.* Buenos Aires: Miño y Dávila. Pp. 223-252.
- BELMARTINO, S. et al (2002). *La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios Provinciales*. Presentado en Serie Seminarios Salud y Política Pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1994). *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. OPS. N° 40. Buenos Aires.
- BREGAIN, G. (2012). “Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974)”. En: PANTANO, L. *Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica*. EDUCA, 9789876201988.
- BREGAIN, G. (2019). “Comparar las trayectorias nacionales de las políticas públicas de rehabilitación a través del prisma de las circulaciones transnacionales. Argentina-Brazil, 1920’s-1980’s.” En: BENVENUTO, BRÉGAIN y MEZIANI (comp.), *Perspectivas comparadas sobre discapacidad*. Francia – América Latina, Buenos Aires: Estudios sociológicos Editora.
- BRIGGS, C. L. (2005). *Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales*. *Revista de Antropología Social*, vol. 14, pp. 101-124. Universidad Complutense de Madrid, España
- CARRASCO, M. C. et al (2005). *Antropología-Enfermería y perspectiva de género*. *Revista Cultura de los Cuidados*. Año IX - N.º 18



- CERDÁ, J. M. (s.f.). *El sector salud en la Argentina de los '90. Controversias acerca de las obras sociales sindicales*.
- CHARTIER, R. (1996b), "El mundo como representación", en *El mundo como representación. Historia cultural: entre práctica y representación*. Barcelona, Gedisa, pp. 45-62.
- COLOMBO, J. C. (2015). *Un soldado de Menem en la encrucijada neoliberal. Los dilemas de un liderazgo sindical durante la década del '90*. Revista Trabajo y Sociedad. N° 25, Santiago del Estero, Argentina. ISSN 1514-6871
- CROJETHOVIC, M. y ARIOVICH, A. (2006). *La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*. Trabajo enmarcado en las tesis de maestría en Sociología Económica (IDAES-UNSAM). Una versión preliminar de la misma ha sido presentada en el 8vo Congreso de Antropología Social (Salta, 2006).
- CUETO, M. y PALMER, S. (2016). *Medicina e Saude Publica na América Latina. Uma história*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DE LELLIS, M. (2004). *El proceso regulatorio de la medicina prepaga en Argentina*. Tesis de Maestría en Administración Pública. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- DEVOTO, F. y FAUSTO, B. (2008), *Argentina Brasil 1850-2000. Un ensayo de historia comparada*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- FOUCAULT, M. (1987). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel.
- HEVIA de la JARA, F. (2009). *Relaciones sociedad-Estado: análisis interactivo para una antropología del Estado*. Espiral vol.15 no.45 Guadalajara.
- ISUANI, E. y MERCER, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 241.
- LABAQUI, J. (2005) *¿Atrapado sin salida? El Frepaso en el gobierno de la Alianza*. Colección, nro. 16, pp. 123-146.
- LANZA VÁZQUEZ, M. G. (2017). *La Argentina durante la Convertibilidad (1991-2002): patrón de acumulación y evolución de la tasa general de ganancia*. Tesis doctoral defendida en la Universidad Complutense de Madrid,

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Departamento de Economía Aplicada I (Economía Internacional y Desarrollo).

- LEIRAS, S. (comp.) (2012). *Democracia y Estado de Excepción: Argentina 1983-2008*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (2016). *Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal*. Docencia e Investigación: revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo, ISSN 1133-9926, Año 31, N° 16, pp. 215-240.
- MENÉNDEZ, E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. L. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades, vol. 4, núm. 7, 1994, pp. 71-83. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, Distrito Federal, México.
- MOLINA, M. y TOBAR, F. (2018). *¿Qué significa Neoliberalismo en salud?* RevIISE | Vol. 12, Año 12 Artículos Dossier ISSN: 2250-5555 RevIISE | Vol. 12, Año 12 | octubre 2018 - marzo 2019 | Artículos Dossier ISSN: 2250-5555. Pp. 65-73.
- O DONNELL, G. (2008), “Algunas reflexiones acerca de la democracia, el Estado y sus múltiples caras”, Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 42, octubre, pp. 5-30.
- OSZLAK, O. (1997). *Estado y Sociedad: Nuevas reglas de juego, Reforma y Democracia*. N° 9, Caracas, CLAD.
- OSZLAK, O. (1999). *De menor a mejor: el desafío de la segunda reforma del Estado*. Nueva Sociedad (160). Caracas. VE; CLAD.
- PALERMO, V. y NOVARO, M. (1996). *Política y poder en el gobierno de Menem*. Buenos Aires: Grupo editorial Norma/FLACSO.
- PAVA, N. y GRANADA, P. (2016). *El surgimiento de las profesiones médicas [re]habilitadoras y la infancia: historia entrelazada de tensiones teóricas*. Ciênc. Saúde Colet. (Impr.) ; 21(3): 833-842.
- PORRAS GALLO, M. I. (2006). *La medicina y los seguros en el abordaje del problema de los inválidos del trabajo en España en la primera mitad del siglo XX*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 13(2), 393-410.

- PORTELLI, A. (1991). “Lo que hace diferente a la historia oral”. En Moss W. et al. *La historia oral*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Pp. 36-51.
- RAMACCIOTTI, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- RAMACCIOTTI, K., y TESTA, D. (2016). *Re-educar inválidos es un problema caro. La rehabilitación laboral y la reinserción social. Argentina, 1915-1960*. Revista de Ciencias Sociales, 50(1), 171-202.
- ROSATO, A. et al (2009). *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. Revista Ciencia, Docencia y Tecnología No 39, Año XX.
- SALVIA, S. (2014). *La caída de la Alianza. Neoliberalismo, conflicto social y crisis política en Argentina*. Colombia Internacional 84, pp. 107-138.
- SANABRIA MARTÍN, A. y Medialdea García, B. (2013). *La financiarización de la economía mundial: hacia una caracterización*. Revista de Economía Mundial 32, 2013, 195-227 ISSN: 1576-0162.
- SÁNCHEZ, D. (2008). *El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea*. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, vol. LX, no 1, enero-junio, págs. 63-82, ISSN: 0210-4466
- SCHVARZER, J. (1995). *El Plan de Convertibilidad. Del auge a la crisis*. Recuperado de: [El Plan de Convertibilidad. Del auge a la crisis. Jorge Schvarzer1 agosto de 1995](#)
- SPINELLI, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva, 6 (3): 275-293.
- SPADILLERO, A. “La producción social de la discapacidad en las diferentes dimensiones de lo barrial”, KIPEN, E. y LIPSCHITZ, A. “Demasiado cuerpo”, ANGELINO, M. A. “Ideología e ideología de la normalidad”, KIPEN, E. y VALLEJOS, I. “La producción de discapacidad en clave de ideología”. En Angelino, M. A. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad : desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico,
- STOLKINER, A. (2000). *El proceso de reforma del sector salud en Argentina*. Presentado en el Taller de Reformas Comparadas del VIII Congreso de ALAMES y XI Congreso de la IAHP. La Habana, Cuba.

- TESTA, D. E. (2018). *La poliomielitis y el surgimiento de la rehabilitación en Argentina. Un análisis sociohistórico*. Apuntes 83, 123-143. ISSN: 0252-1865.
- TOBAR, F. (1998). *Alternativas en la regulación de los mercados de salud*. Documento de Trabajo. Fundación Isalud. Buenos Aires.
- TOBAR, F. (2001a). *Impacto del Hospital Público de Autogestión*. Documento del Programa de Investigación Aplicada- Isalud. Disponible Online en: [www.isalud.org](http://www.isalud.org).
- TOBAR, F. (2001b). *Economía de la reforma de los seguros de salud*. Buenos Aires: Fundación Isalud.
- TOBAR, F. (2004). *Lecciones de las experiencias latinoamericanas y propuestas para la Argentina*. Buenos Aires. Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas Universidad del Salvador.
- UGALDE, A. y HOMEDES, N. (2007). *América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales*. Salud Colectiva: 3(1):33-48.
- UGALDE, A. y HOMEDES, N. (2008). *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*. Salud Colectiva:4(1):31-56.
- VASALLO, C. (2002). *Hospital público: ¿Integración? ¿Competencia?*, en revista del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito I -, Año 2 N° 4.
- VERONELLI, J. C. y VERONELLI CORRECH, M. (2004). *Los orígenes de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Tomo II.
- VISILLAC, E. F. y MUCHBINDER, M. (1996). *Salud. Autogestión y libre mercado. La embestida contra el modelo solidario*. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.
- WIROTIUS, J. M. (1999). *Historia de la rehabilitación*. Editions Scientifiques et Médicales. Elsevier SAS, París.
- YERGIN, D (1992). *La Historia del Petróleo*. Buenos Aires: Ed. Javier Vergara.
- ZAPARDIEL QUIRÓS, C. (2014). *La Teoría de los Juegos y sus aplicaciones en la economía actual*. Trabajo presentado en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (ICADE), Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

- ZÍCARI, J. (2014). *Ajuste estatal sin equilibrio político: la gestión de López Murphy como ministro de economía de la Alianza en marzo de 2001*. Colección N° 24.
- ZÍCARI, J. (2016). *Las coaliciones neoliberales en la Argentina: los casos de la Alianza y Cambiemos*. Revista Realidad Económica 307, pp. 6-36.

## FUENTES

### Bibliografía de época:

- ADEMP (2002). Diagnóstico del sector: situación y propuestas. Mimeo.
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud. Washington D.C.
- Banco Mundial (1995). Informe sobre el desarrollo mundial: De la Planificación centralizada a la Economía de Mercado. Washington D.C.
- CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. (1994) Washington, DC: Pan-American Health Organization (Serie Documentos Reproducidos N° 41).
- Consejo Federal de Salud (COFESA) (1991). Acuerdo sobre Políticas de salud, XIII Reunión extraordinaria del COFESA, Ciudad de Paraná, 18 octubre de 1991 y XIV Reunión extraordinaria del COFESA, Ciudad de Buenos Aires, 23 de octubre de 1991.
- Consejo Empresario Argentino/FIEL (1995). El sistema de seguridad social en la Argentina: una propuesta de reforma. Buenos Aires, Editorial FIEL.
- FADE (1999). La salud en Argentina: un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas. Mimeo.
- FIEL (1987). El gasto público. Propuesta de reforma del Sector Público. Síntesis de trabajo preparado por FIEL. Boletín Informativo TECHINT. N° 246. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud. Informe de gestión 2000. República Argentina, enero de 2001.
- OPS (1997). La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Subregional de la OMS. Washington DC, Marzo 1997.
- OPS (1998). Argentina, Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- OPS (1998). Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997.
- OPS (1999). *Hantavirus en las Américas guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control*. Cuaderno Técnico No. 47. Disponible en: [HANTAVIRUS EN LAS AMÉRICAS](#)

OPS / OMS (1999). Principios y conceptos básicos de equidad y salud. División de Salud y Desarrollo Humano.

PRESSAL (1998). Estrategias de cambio para el financiamiento del sector salud. Documento de Trabajo. Unidad Ejecutora Central.

PRESSAL (1999). Análisis del grado de autonomía que presentan los hospitales públicos de la república argentina al 31/12/98. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Mimeo.

Oficiales:

- Ley N° 23.696. *Reforma del Estado*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1989. Disponible en: [Ley 23696/1989 | Argentina.gob.ar](http://www.argentina.gob.ar/leyes/23696).
- Ley N° 23.697. *Emergencia Económica*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1989. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/texact.htm>.
- Ley N° 23.928. *Convertibilidad del Austral. Régimen legal*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1991. Disponible en: [Ley 23928](http://www.argentina.gob.ar/leyes/23928).
- Ley 24061. Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Administración Nacional para el Ejercicio 1992. Sancionada: Diciembre 19 de 1991. Promulgada: Diciembre 20 de 1991. Disponible en: [Ley 24061 del 19/12/91](http://www.argentina.gob.ar/leyes/24061).
- Ley 25565 Honorable Congreso De La Nación Argentina. 6/3/2002. Presupuesto General de la Administración Nacional. Ejercicio 2002. Disponible en: [Ley 25565](http://www.argentina.gob.ar/leyes/25565)
- Ley N° 24.152. *Administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1992. Disponible en: [Ley N° 24.156, de Administ. Financiera y de los Sist. de Control del Sector Público Nacional](http://www.argentina.gob.ar/leyes/24152).
- Ley N° 24.764. *Apruébase el Presupuesto General de la Administración Nacional para el ejercicio 1997*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1996. Disponible en: [Ley 24764 del 18/12/96](http://www.argentina.gob.ar/leyes/24764)
- Ley N° 24.938. *Apruébase el Presupuesto General de la Administración Nacional para el ejercicio 1998*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1997. Disponible en: [PRESUPUESTO 1998](http://www.argentina.gob.ar/leyes/24938)

- Decreto N° 359. *Sistema Nacional de Seguro de Salud. Reglamentación de la Ley 23.661.* Poder ejecutivo Nacional. Argentina, 1990. Disponible en: [Decreto 359/1990 | Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar/Decreto_359/1990)
- Decreto N° 578. *Créase el Registro de hospitales Públicos de Autogestión.* Poder Ejecutivo Nacional. Argentina, 1993. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/12550/norma.htm>
- Decreto N° 1.615. *Constitúyese la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)* Poder Ejecutivo Nacional. Argentina, 1996. Disponible en: [http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma .htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm)
- Decreto N° 430. *Reducción de retribuciones.* Poder Ejecutivo Nacional. Publicada en el Boletín Nacional del 31-Mayo-2000. Disponible en: [Decreto DNU 430/2000 | Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar/Decreto_DNU_430/2000)
- Decreto N° 482. *Servicios jurídicos.* Poder Ejecutivo Nacional. Publicada en el Boletín Nacional del 20-Jun-2000. Disponible en: [Decreto 482/2000 | Argentina.gob.ar](http://Argentina.gob.ar/Decreto_482/2000)
- Decreto N° 939. *Créase el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.* Poder Ejecutivo Nacional. Boletín Oficial N° 29.510 1° sección. Argentina, 2000. Disponible en: [Decreto 939/2000.](http://Argentina.gob.ar/Decreto_939/2000)

#### Institucionales:

- Actas de Asamblea y Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del INAREPS (1993-2002). Recuperado de la Biblioteca INAREPS.

#### Hemeroteca:

- Diario La Capital (15/1/54; 24/10/56; 18/7/57). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.
- Diario El Atlántico (19/2/57; 21/3/57). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.
- Diario La Mañana (12/12/54; 28/10/56). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.
- Diario El Trabajo (15/10/56; 17/10/56). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.



- Diario *Ámbito Financiero* (25/6/1996). Buenos Aires. Donado por la biblioteca del INAREPS.
- Diario *Página 12* (1992-1997). Buenos Aires. Donado por la biblioteca del INAREPS.
- Diario *La Capital* (1992-1997). Mar del Plata. Donado por la biblioteca del INAREPS.
- Diario *El Atlántico* (1992-1997). Mar del Plata. Donado por la biblioteca del INAREPS.

Entrevistas a:

- Laura Valente. Médica especializada en fisiatría y rehabilitación. Fundadora de la Asociación de Profesionales en 1992 y actual directora del INAREPS.
- Daniel Palos. Kinesiólogo y Jefe del Área de Terapia Física del INAREPS. Integrante de la Comisión Directiva de ATE Mar del Plata.
- Daniel Barragán. Secretario General de ATE (1991-2003) y actual Defensor del Pueblo del Partido de General Pueyrredón.
- Silvia Orellana (Terapista Ocupacional), María Teresa Battimo (Psicóloga) y Liliana Bauzá (Fonoaudióloga). Trabajadoras de la salud del INAREPS, que iniciaron su desempeño entre mediados de los '80 y principios de los años '90.