

Silencio hospital

Una historia de la salud pública en Neuquén

**Demetrio Taranda
Joaquín Perren
Enrique Mases
Lisandro Gallucci
Fernando Casullo**

Universidad Nacional del Comahue

Vice-Rectora
Prof. Teresa P. VEGA
Buenos Aires 1400 - (8300) Neuquén
Tel: (0299) 4490363
sprector@uncoma.edu.ar

Secretaría de Extensión Universitaria
Abog. Juan José PILOTTO
Tel: (0299) 4490328
secunc@uncoma.edu.ar

Editor responsable: Luis Alberto NARBONA
Tel: (0299) 4490300 - Int. 617
educ@uncoma.edu.ar

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





Universidad Nacional del Comahue

Silencio hospital

Una historia de la salud pública en Neuquén

educó

Editorial de la Universidad Nacional del Comahue
Neuquén – 2008

Silencio hospital
Una historia de la salud pública en Neuquén

Demetrio Taranda, Joaquín Perren, Enrique Mases, Lisandro Gallucci, Fernando Casullo

Silencio hospital : una historia de la salud pública en Neuquén / Demetrio Taranda ... [et.al.]. - 1a ed. - Neuquén : EDUCO - Universidad Nacional del Comahue, 2008.

170 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-604-121-8

1. Salud Pública. I. Taranda , Demetrio
CDD 614

Colección Historia del Presente
Dirección: Enrique Mases

Diseño de tapa: *ENZO DANTE CANALE*
Corrección de estilo: *LILIANA FALCONE*

Impreso en Argentina - Printed in Argentina
©- 2008 - **Educo - Editorial de la Universidad Nacional del Comahue**
Buenos Aires 1400 - (8300) Neuquén - Argentina

A los trabajadores de la salud pública

Índice

Agradecimientos	9
Introducción	11
Capítulo I. Estado, médicos y obras sociales.	
La atención sanitaria en la Argentina durante el siglo XX	13
La salud en las primeras décadas del siglo XX: los médicos como profesionales.....	13
La ruptura peronista: el Estado como protagonista.....	17
Una escala necesaria: la Revolución Argentina.....	21
La Revolución Argentina y su modelo de salud: ¿Estado u obras sociales?.....	24
Capítulo II. En torno a los orígenes del sistema de salud de la provincia de Neuquén	29
La precariedad territorial: entre la debilidad del Estado y el desinterés de la esfera privada.....	29
Una salud pública para la nueva provincia.....	31
El primer MPN y la "cuestión sanitaria".....	33
La salud en la provincia del Neuquén en la década de 1960.....	34
Los orígenes del Plan de Salud.....	45
La Salud provincial en una democracia convulsionada.....	62
El sistema de salud en tiempos de dictadura: ¿continuidad o ruptura?.....	65
La salud en la provincia del Neuquén en la década de 1970.....	70
La década de 1980: el principio del fin del Plan de Salud.....	76
Ambivalencias de prácticas. Lo deseado no realizado y lo realizado no deseado del todo.....	78
Encuadramiento político del aparato estatal de salud.....	80
Modificación del sistema de salud provincial.....	83

Autonomización en la provisión de medicamentos.....	88
A pesar de todo.....	90
Capítulo III. La salud pública empujada a la agonía.....	95
La salud pública en Neuquén: la ruptura de un equilibrio.....	100
“Se acabó la fiesta”.	
Auge neoliberal, ajuste y respuestas sindicales.....	104
Un espejismo del bienestar. Crisis económica, conflictos sociales y parálisis institucional.....	115
Capítulo IV. ¿La salud es una sola?	
El subsistema público bajo un neoliberalismo tardío.....	125
La salud pública en el Neuquén de la confianza.....	132
La salud pública en terapia intensiva.....	141
Colofón. La salud neuquina a debate.	
Balance y perspectivas.....	151
Anexos. Cómo crear una corporación y no morir en el intento. El caso de los anestésistas.....	157
Bibliografía general.....	165
Autores.....	167

Agradecimientos

Quienes asumimos la autoría de esta publicación queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que de distintas formas colaboraron en hacer posible que esta obra pudiera llegar al público.

En primer lugar, nuestro reconocimiento para los distintos actores del sistema de salud que, generosamente, a través de las entrevistas, nos permitieron conocer con mayor profundidad el escenario objeto de nuestro estudio. Nuestra gratitud, entonces, para Gustavo García, Osvaldo Pellín, Cesar Dell'Alli, Baltasar Alvarez y Gabriela Luchetti. También a Antonio García y Gustavo García, quienes nos facilitaron el acceso a sus bibliotecas personales, posibilitando contar con documentación valiosa para la realización de la obra.

En el plano de la obtención de información cuantitativa necesaria para llevar adelante esta investigación, debemos destacar la predisposición de aquellos que colaboraron con el procesamiento de los datos censales desde la Dirección de Estadísticas y Censo de la provincia de Neuquén. De la misma manera, nuestro reconocimiento a las autoridades de la Subsecretaría de Salud y a Cecilia Tamburrini por los datos estadísticos facilitados.

También quisiéramos agradecer a las autoridades de la Facultad de Humanidades y del Departamento de Historia; los cimbronazos institucionales que ha sufrido nuestra institución han estimulado el debate y la reflexión creativa respecto de los problemas que aquejan a nuestra sociedad.

Agradecemos a nuestros compañeros del Grupo de Estudios de Historia Social (GEHiSo), por sus atinadas críticas y sugerentes comentarios.

Finalmente, al igual que lo expresado en publicaciones anteriores, brindamos un agradecimiento especial al personal de la Editorial de la Universidad el Comahue (EDUCO) por su constancia y dedicación para que esta publicación viera la luz en tiempo y forma: al responsable del sello editorial, Luis Narbona; a Enzo Canale, por su tarea en el diseño de tapa, y a Liliana Falcone, que se encargó de la corrección de estilo.

Introducción

A mediados del año 2005, Hugo Acuña, entonces Subsecretario de Seguridad de la provincia del Neuquén, presentaba una denuncia a la justicia local. En ella afirmaba, preocupado, que en una manifestación de los trabajadores de la salud se habían arrojado contra el edificio de la Gobernación sospechosas bolsas de color negro -tipo "consorcio"-, en las que, al revisarlas, se había descubierto un contenido posiblemente patógeno. Así, en la consideración de Acuña y de muchos funcionarios provinciales, aquellas manos anónimas habían perpetrado el primer ataque bacteriológico sufrido en toda la Patagonia. Neuquén se sumaba a un mundo que no hacía mucho había sido asolado con sobres viajeros del virus anthrax. Sin embargo, los "extremistas" locales, al "atentar" contra la Casa de Gobierno, habían prescindido de aquella arma para utilizar, según la denuncia del subsecretario, frascos de Pervinox, sobres de solución fisiológica y preservativos de marca "Camaleón".¹

En realidad, el disparatado *affaire* del atentado bacteriológico se dio en el marco de un duradero conflicto que enfrentó al gobierno de Jorge Omar Sobisch con los trabajadores estatales de la salud, y que no fue el único ni el último en los años siguientes. La alta conflictividad y las denuncias de un deterioro progresivo y acelerado del sector ya han consolidado como un lugar común hablar de la agonía de un Plan de Salud hasta entonces elogiado por amplios sectores.

Ahora bien, más allá de la virulencia que la historia de la salud neuquina ha adquirido en los últimos años, un largo y no tan explorado proceso se esconde por debajo de las miradas de corto plazo. En ese sentido, este libro es un intento de dotar, a los actuales debates sobre la crisis del sistema sanitario, de una perspectiva más larga y compleja, y al mismo tiempo realzar la historicidad del objeto de estudio que supera ampliamente la acción de un sólo gobierno.

Surge, de esta manera, algo más parecido a una breve historia del sistema de salud, que se hace fuerte en una mirada que circula con intensidad entre la generalidad de los procesos nacionales y la realidad específica de esta provincia. En dicha reconstrucción, veremos cómo, tanto en el escenario del país como en el acotado espacio regional, se combinaron -de distintas formas-

¹ "Neuquén Hoy". Boletín Informativo N° 1348, Secretaría de Estado de Prensa y Comunicación, 02-06-06

actores con sus propias lógicas e intereses. Y así hemos articulado la narración de este volumen.

Primero, se apelará a la perspectiva nacional, escenario ineludible para llegar a lo local. En ese primer capítulo, se analizará desde ya el protagonismo –o la falta del mismo– del Estado, pero también de los médicos como colectivo, del capital privado y de las organizaciones sindicales y sus obras sociales. En la forma en que uno de ellos fue primando sobre los restantes, se delinearon las distintas etapas de una historia de la higiene pública en la Argentina, que este libro repasa en apretada síntesis. Se verá, por ejemplo, cómo en los inicios del siglo XX la salud era casi con exclusividad regida por los médicos como corporación, con un Estado ausente. Luego, se descubrirá un momento de consolidación del papel del Estado –con el Peronismo primero y con el desarrollismo luego–. En tercer lugar, llegará la época del avance importante de los sindicatos y las obras sociales a fines de la Revolución Argentina, lo que marcará gran parte de las dos décadas siguientes. Para los años noventa, ese perfil se asentará sobre el horizonte privatista que caracterizó los procesos de desregulación de las obras sociales.

Culminado el relato de las etapas nacionales, el libro continúa con los capítulos que toman más específicamente el caso de Neuquén. Este espacio a veces acompañó el devenir del país, pero en otras mostró una llamativa especificidad que merece ser recuperada, en especial porque uno de los momentos en que no siguió los movimientos de la marea nacional fue cuando se ideó el tan mentado Plan de Salud.

Así, sin agotar la problemática estudiada, este libro intenta darle al tema un relieve histórico que no siempre tiene en los actuales debates, que no dejan de ser legítimos y fundamentales. La preocupación por la salud pública, por aquello que el Estado pudo hacer y no hizo, por lo que se comenzó y se discontinuó, por los éxitos y fracasos, es una sana costumbre para una sociedad.

Capítulo I

Estado, médicos y obras sociales. La atención sanitaria en la Argentina durante el siglo XX

Para comprender la desarticulación actual del Plan de Salud, es vital recordar con qué racionalidad se lo concibió; es decir, la lógica con la que se articuló, el tipo de Estado que lo llevó adelante y el ideal de provincia que proyectó. De esta forma, podrán conocerse mejor las razones de su crisis en la suerte de fiesta posmenemista vivida en el Neuquén de Jorge Omar Sobisch. El ejercicio que proponemos en esta primera sección del libro es incorporar, en nuestra bitácora de viaje por la salud de los neuquinos, el papel jugado a escala nacional por el Estado, la sociedad e instituciones como los sindicatos o la corporación de los médicos, desde principios del siglo XX. Si bien el viaje es largo, las posibilidades de conocer mejor la situación neuquina son muchas. Sin más, comencemos.

La salud en las primeras décadas del siglo XX: los médicos como profesionales

Uno de los temas más visitados por la historiografía reciente ha sido el lento y tortuoso proceso de construcción del Estado nacional. Numerosos estudios han posado su mirada en el funcionamiento de la escuela pública, la policía, las cárceles, las oficinas de estadísticas, entre otras agencias oficiales. Bastante menos estudiado ha sido el rol que los profesionales tuvieron en ese proceso de construcción del Estado. En parte por la dificultad de separarlos de categorías más familiares como "técnico" o "intelectual" y en parte por el interés que despertaron los estudios sobre obreros y burgueses, los expertos fueron por largo tiempo un territorio virgen en materia investigativa.² En los últimos años, y gracias al aporte de trabajos pioneros, esta situación ha sido parcialmente revertida. Luego de décadas de olvido, el estudio de las relaciones entre Estado y profesionales se ha perfilado como una línea de investigación fructífera que ha comenzado a dar sus primeros frutos. Los profesionales dejaron de ser un dato de color en la complejización social para convertirse en una de las claves necesarias para comprender la construcción de un orden estatal.

² PERREN, Joaquín, "Los profesionales en la mira. Un ensayo sobre las relaciones entre elites de expertos y ciencias sociales", *Contribuciones a la Economía*, Málaga, Universidad Internacional de Andalucía, 2007, p. 2.

Como bien describe González Leandri, el reforzamiento de la autoridad oficial fue posible, entre otros aspectos, gracias al aporte de especialistas “que orientaron su actividad en cuestiones específicas, colonizaron sus estamentos superiores y sirvieron de bisagra con respecto a los círculos de ideas y prácticas institucionales en boga en esa época.”³

La segunda mitad del siglo XIX se nos presenta como un escenario ideal para observar este proceso de interacción. Los diferentes problemas que trajo consigo la inserción de la Argentina en el mercado internacional -desde la acelerada urbanización hasta la llegada masiva de inmigrantes- incrementaron la importancia de los expertos. De todas esas “cuestiones”, como gustaban llamarlas entonces, fue el binomio salud-higiene uno de los que generó más ansiedad en los políticos de la época e inauguró un fuerte vínculo entre médicos y Estado. Con todo, sería un error pensar a la profesión médica sólo como una derivación de la voluntad estatal de canalizar o prevenir determinados problemas sociales. Lejos de eso, los médicos exhibieron, desde muy temprano, una voluntad asociativa que tenía como objetivo regular una actividad que, nacida de la preocupación por enfrentar las enfermedades, debía ganar autonomía respecto al Estado. Tomando distancia de los postulados funcionalistas, que consideraban a la profesionalización de los médicos como un proceso apacible, deberíamos decir que las posibilidades de su consolidación como corporación siempre dependieron de su capacidad de *lobby*. Haciendo propias las palabras de González Leandri, podríamos sostener que ese proceso supuso la puesta en marcha de una serie de estrategias de persuasión dirigidas a los diferentes poderes públicos.⁴

Las últimas décadas del siglo XIX fueron testigos de la presión ejercida por las incipientes asociaciones gremiales para lograr la sanción de una legislación que delimitara las incumbencias de la medicina. Esto último suponía una serie de funciones a cumplir, todas ellas cubiertas de un halo de cientificidad, pero también algunas disposiciones que pusieran fin a lo que los propios

³ GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, “Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX”, *Entrepasados. Revista de Historia*, año XVI, n° 27, 2005, p. 133.

⁴ GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, *Curar, Persuadir, Gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999, p. 151.

médicos consideraban "intrusismo."⁵ De este modo, el monopolio profesional -o, siguiendo a Weber, la *clausura del mercado*- fue posible gracias a la implementación de severos mecanismos de sanción y represión cuyo blanco fueron los practicantes "irregulares."⁶ Fue la propia justicia la que se encargó de penalizar cualquier práctica no adecuada a las normas, bajo la imputación de "ejercicio ilegal de la medicina". En efecto, desde 1855, el reglamento del Consejo de Higiene Pública del gobierno porteño, posteriormente generalizado al resto del país, especificaba tajantemente: "*nadie puede ejercer el arte de curar sin diploma o título dado por el ex Tribunal o la actual Facultad de Medicina.*"⁷

Esta prohibición además fue reforzada por el propio accionar de los facultativos, quienes, por medio de diferentes actividades de difusión, intentaron resguardar su propio espacio a partir de la reivindicación de su profesión y la descalificación de sus oponentes no médicos. La prensa fue el canal elegido para sumar a la opinión pública a una cruzada que advertía sobre los riesgos de consultar a quienes carecían de las credenciales necesarias. Como es de imaginar, el grueso de las críticas fue dirigido a diferentes prácticas curativas ligadas a la religiosidad popular:

*"La Bruja Doña Mercedes, el negro Ramos, ciertos famosos boticarios y toda una falange de curanderos que pululan por esta ciudad, merced a la indolencia de las autoridades, vienen cometiendo día a día tal número de atentados médicos y quirúrgicos que las víctimas de la ignorancia acuden a menudo a los médicos para que corrijan los entuertos producidos por estos atrevidos charlatanes."*⁸

Pero los curanderos y las brujas no fueron los únicos "enemigos" que enfrentó la medicina argentina en su camino de profesionalización. El creciente número de graduados de las

⁵ SHAPIRA, Marta, "Las profesiones como objeto de estudio: el caso de la Odontología en Argentina", *Argumentos. Revista del doctorado*, Rosario, año 1, n° 1, p. 210.

⁶ COLLINS, Randall, "Market Closure and the conflict theory of the professions", en BURRAGE, Michael y TORSTENDAHL, Rolf (Ed.), *Professions in theory and history: rethinking the study of a professions in Europe and North America*, London, Sage, 1990.

⁷ DI LISCIA, Silvia. "Prácticas populares y científicas. El 'empacho' en la medicina argentina (1850-1900)", *Noticias de Antropología y Arqueología* Vol. I, 2001.

⁸ *Revista Médico Quirúrgica*, Buenos Aires, 1879, n° 16.

facultades de Medicina del país, junto a las dificultades que siguieron a las numerosas crisis económicas, dieron paso a mecanismos de protección frente a lo que se suponía una segunda amenaza: los médicos llegados de otras latitudes.

El reflejo más claro de esta postura fueron las disposiciones gubernamentales que prohibieron el ejercicio de la medicina a aquellos galenos extranjeros que no hubieran revalidado su título y, ya en el siglo XX, a quienes estuvieran radicados en lugares donde había profesionales titulados en nuestro país. Si este mecanismo aseguraba una protección económica para los graduados argentinos, en los territorios nacionales, donde los faltantes de profesionales eran evidentes, este tipo de disposición no dejaba de causar problemas. En una nota crítica, el periódico *La Nueva Era* señalaba algunos de los efectos no deseados de la legislación:

*"Es lógico y conveniente amparar a estos profesionales, que tratan de abrirse camino y crearse, por el propio esfuerzo, una posibilidad económica desahogada en los centros urbanos incipientes del Río Negro, Pampa, Chubut, etc. Pero, sucede que la observación estricta del proteccionismo a los títulos de origen nacional implica muchas veces, para los olvidados pueblos de los territorios del sur, la sanción de una evidente injusticia (...) Tal es el caso de Bariloche, donde un veterano de la medicina acaba de recibir formal intimación de parte del departamento nacional de higiene prohibiéndole continuar el ejercicio de sus tareas profesionales, porque se ha radicado en esa localidad un médico procedente de una universidad argentina; y el veterano en cuestión es nada menos que el doctor José Veerertbrugghen, médico de talento y de experiencia, laureado en la universidad de Lovaina y con reválida en el Canadá, quien ejerce su arte en Bariloche hace 16 años."*⁹

La posibilidad de constituir un campo autónomo, además de incluir un juego de seducción con las autoridades de turno, suponía el disciplinamiento de aquellos actores situados dentro del área que los médicos diplomados aspiraban a definir como propia. Un caso testigo en este sentido fueron los farmacéuticos. Como los

⁹ *La Nueva Era*, 14-08-1921, Año XIX, N° 998, p. 2.

médicos, éstos contaban con asociaciones que defendían sus intereses y habían dado a su actividad un barniz de cientificidad a partir de la creación de cátedras universitarias. No es casual, entonces, que desde mediados del siglo XIX hayan existido fricciones entre ambas corporaciones, todas ellas relacionadas con la división del trabajo dentro del cada vez más complejo mundo de la salud. A diferencia de los curanderos y otros practicantes irregulares, a quienes la elite médica buscaba excluir, los farmacéuticos fueron un sector a subordinar.¹⁰ Y esta tarea fue, en gran medida, facilitada por la extrema fragmentación de los profesionales de la Farmacia. Sumidos en disputas internas en torno a la figura del regente -una especie de idóneo no diplomado cuya práctica estaba orientada por el lucro- no lograron fortalecer sus organizaciones y enfrentar con posibilidades de éxito a la sólida corporación médica. Esta disputa tuvo un desenlace imaginable: si el arte de curar comenzó a ser monopolio de los galenos, a los farmacéuticos solo les correspondió expender los medicamentos solicitados por los médicos.¹¹

Como vemos, las preocupaciones de la corporación médica en esos años no pasaban por la distinción o competencia entre medicina pública y privada sino por aislar, delimitar, regular y monopolizar un campo profesional. Esta situación se mantuvo con ligeras variantes a lo largo de las primeras décadas del siglo XX. En todo caso, sólo fue alterada, tiempo después, por las actitudes del Estado respecto de la salud y por el desarrollo de algunas instituciones que estimularon la actividad privada.

La ruptura peronista: el Estado como protagonista

Comencemos con una pregunta básica: ¿qué políticas rompieron esa suerte de equilibrio simbiótico entre el Estado y la corporación médica?

Para encontrar una respuesta adecuada a este interrogante, debemos echar un vistazo al segundo lustro de los años cuarenta. Las transformaciones políticas, económicas y sociales que se dieron por aquellos años implicaron la incorporación de las demandas populares al Estado. Una de las metas de una remozada maquinaria oficial fue generar lo que Juan Carlos Torre denominó

¹⁰ GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, *Curar, persuadir...*, op. cit., p. 152.

¹¹ *Idem*, p. 157.

"*democratización del bienestar*."¹² El primer paso en esa dirección se dio en 1946 cuando fue creada la Secretaría de Salud Pública. Con rango de ministerio, la joven agencia fue dotada de un importante presupuesto que hizo posible la expansión del subsistema público de salud, avanzando allí donde la mano invisible del mercado no había llegado.¹³

La política sanitaria impulsada por el Dr. Ramón Carrillo fue quizás la mejor muestra de la voluntad transformadora del primer gobierno peronista. Con un pasado conservador (había pertenecido, durante la década de 1930, a las camarillas elitistas en la Facultad de Medicina de la UBA), el reconocido neurocirujano abrazó la causa laborista, primero, y justicialista después. Luego de dirigir el Hospital Militar, de fundar la Sociedad de Historia de la Medicina y de inaugurar los primeros posgrados en Medicina, Carrillo aceptó el cargo de Secretario de Salud Pública.¹⁴ El diagnóstico que hizo al momento de asumir no fue demasiado alentador: el sistema presentaba una gran desorganización, con instalaciones sanitarias inadecuadas y con falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado.¹⁵

Para enfrentar esta realidad, la secretaría comandada por Carrillo elaboró un plan de más de cuatro mil páginas, el *Plan Analítico de Salud Pública*, en el que se preveía la división del país en zonas sanitarias y el diseño de estrategias para que cada una de ellas enfrentara sus problemas específicos. En sintonía con un clima de época que desconfiaba de las virtudes del *laissez faire*, la salud de la población pasó a ser pensada a partir de políticas implementadas de manera vertical. El deseo que recorría la obra de Carrillo era conciliar lo que él mismo denominaba "centralización normativa" y "descentralización ejecutiva": todos en la órbita de la Secretaría de Salud se regirían con las mismas normas y criterios, pero la atención directa quedaba en manos de cada uno de los centros de salud, aún en el caso de los más pequeños.¹⁶

¹² TORRE, Juan Carlos y PASTORIZA, Elisa, "La democratización del bienestar", en TORRE, Juan Carlos *Los años peronistas (1946-1955)*, Colección Nueva Historia Argentina, Buenos Aires, Sudamericana, 2002, pp. 257-312

¹³ BELMARTINO, Susana, "La salud pública bajo la regulación del poder corporativo", en SURIANO, Juan (dir), *Dictadura y democracia (1976-2001)*, Colección Nueva Historia Argentina, tomo X, Buenos Aires, Sudamericana, 2005, p. 283.

¹⁴ BORIO, Pedro, "Ramón Carrillo, un paradigma para el siglo XXI", *La Nación*, 21/11/2007, p. 2.

¹⁵ BARRIOS, Daniel, "Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la Nación", en www.cancerteam.com.ar/invi022.html.

¹⁶ BARRIOS, Daniel, *op. cit.*

De esta forma, y cumpliendo muchas de las funciones que la constitución fijaba a las provincias, el Estado nacional modeló una red de atención que tenía como meta alcanzar a todos los habitantes del país. Poniendo énfasis en la prevención y la promoción de la salud, la política sanitaria peronista logró mejorar sensiblemente –más allá de las disparidades regionales– los indicadores de mortalidad infantil y el impacto de enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, el paludismo o el mal de Chagas. Algo no muy diferente podríamos decir en materia de infraestructura, en la que el gobierno encaró un ambicioso plan de obras públicas. Entre 1946 y 1954, se construyeron 4 mil establecimientos sanitarios en todo el país, lo que amplió la capacidad hospitalaria en 130 mil camas.¹⁷ Puede que algunas cifras demuestren el impacto de una estrategia que asociaba lo sanitario con lo social: en menos de una década, la esperanza de vida, siempre medida a nivel nacional, pasó de 61 a 66 años, mientras que la mortalidad infantil transitó de algo más del 80 por mil a 60 por mil.¹⁸

En suma, las políticas sanitarias del peronismo dieron paso a un inusitado avance del sector público. Pero esa expansión no se dio a expensas del sector privado, sino que apuntó a sectores y regiones que el propio Estado nacional había dejado al margen en el pasado.¹⁹ Esta meta –sintetizada en el slogan “no hay política sanitaria sin política social”– salta a la vista recorriendo las páginas del Plan Analítico de Salud Pública. “Protección sanitaria de la frontera”, “Higiene de la vivienda urbana”, “Medicina laboral”, “Aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y de las redes cloacales”, “Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, enfermedad y vejez”, son algunos títulos que nos alertan sobre un accionar que buscaba conseguir un equilibrio –no siempre fácil de hallar– entre *universalidad* (una modalidad de atención para el conjunto de la población), *integralidad* (una red que atienda diferentes niveles de complejidad), *gratuidad* (un sistema libre de restricciones para el

¹⁷ BORIO, Pedro, *op. cit.*, p. 2.

¹⁸ CARBONETTI, Adrián y CELTON, Dora, “La transición epidemiológica”, en TORRADO, Susana (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una Historia Social*, Tomo 1, Buenos Aires, Edhasa, 2007, p. 377-378.

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

usuario) y *eficacia* (capacidad de resolver problemas en función de los conocimientos de la época).²⁰

Ahora bien, el principio de universalidad, *leitmotiv* del plan sanitario de Carrillo, no fue alcanzado en su totalidad. El afianzamiento del sector público tuvo como contrapartida el reforzamiento de un actor que terminó conformando un sistema de salud paralelo: las obras sociales. Desde el propio nacimiento del peronismo, los sindicatos más poderosos encontraron en el gobierno respuesta a sus inquietudes sobre la atención médica de sus afiliados. Organizaciones como La Fraternidad o la de los trabajadores de los frigoríficos, consiguieron subsidios para la construcción de clínicas que replicaron el modelo hospitalario, aunque dirigido a los trabajadores del sector al que representaban. Con el tiempo, diferentes sindicatos se sumaron a esta marea mutualista, transformando a las obras sociales en el núcleo dinámico del sistema de asistencia médica. Una buena muestra de este avance lo advertimos en el propio discurso de Perón. En ocasión de la inauguración del Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo, el Presidente resumía el rol de las obras sociales en la atención sanitaria:

*"Queremos que en este policlínico impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están levantando en todo el territorio de la República. No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos; queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a una hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa."*²¹

Como resultado de ello advertimos el surgimiento de un sistema mixto, en el que lo público y lo privado convivieron sin penetrarse mutuamente: a la misma distancia del sistema estatista británico (inspirado en las recetas de Beveridge) y del privatista norteamericano, Argentina terminaría ocupando un casillero intermedio.²²

Los años siguientes alumbrarían nuevas fórmulas respecto de la salud y su relación con el Estado, los médicos, los trabajadores y

²⁰ BELMARTINO, Susana, *op. cit.*, p. 284.

²¹ Cita en BELMARTINO, Susana, *La atención médica en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2005; p. 167

²² ECHAZU, Gretel, "La reforma del sistema de Salud en Argentina: transformaciones y actores", *Historia Sociopolítica argentina*, 2005, mimeo, p. 6.

la sociedad en general. Gran parte de las mismas se cobijaron en el paraguas amplio del desarrollismo, doctrina ésta defendida con pasión en América Latina desde los años cincuenta y que planteaba la presencia de Estados activos con vigorosas políticas públicas. Así, e impulsando en lo económico la industrialización, los países hasta ahora periféricos podrían alcanzar una inédita situación de desarrollo autónomo.

Lo interesante es que esas posteriores respuestas de tinte estatalista tuvieron una fuerte acogida en nuestra provincia. Neuquén, más joven que otras en esto de las políticas públicas, se subiría con entusiasmo al tren del desarrollismo y sus ideas. Por eso vale la pena detenerse en las claves intelectuales y políticas que emergieron por aquellos años, en especial durante el período conocido como "Revolución Argentina". Su importancia reside, sobre todo, en las múltiples y cambiantes ideas que irradió sobre el funcionamiento del Estado en general y de la salud pública en particular, y cómo aquellas llegaron con fuerza a las distintas provincias.

Una escala necesaria: la "Revolución Argentina"

Los actos siguientes del relato continúan con el autoritario gobierno que se autodenominó "Revolución Argentina" y comenzó tras derrocar a Arturo Illia. En efecto, muchos elementos que caracterizarían el Plan de Salud neuquino encontraron su origen en aquella dictadura que transcurrió desde 1966 hasta 1973. El primero de los gobiernos que conformaron la "Revolución Argentina" fue el de Juan Carlos Onganía, que duró desde el 29 de junio de 1966 hasta el 8 de junio de 1970. Luego continuó Roberto Levingston, quien estuvo desde el 18 de junio de 1970 hasta el 22 de marzo de 1971. Finalizó el ciclo Alejandro Lanusse, quien fue gobierno desde el 22 de marzo de 1971 hasta el 25 de mayo de 1973. La sucesión de gobiernos que la caracterizó -tres administraciones en siete años- se dio en el marco de profundas tensiones dentro del cuerpo castrense. En la historia, éstas pasaron a conocerse como enfrentamientos entre "azules" y "colorados", inspirados en los colores de los juegos de guerra, que recortaban líneas ideológicas dentro del ejército. Se asoció a los azules con el legalismo y a los colorados con los sectores más tradicionales, que priorizaban la lucha contra el peronismo por sobre el respeto a la ley.

Si algo queda claro en la historia del movimiento militar que comenzó derrocando a Illia, es que protagonizó un salto respecto del pasado reciente, al menos desde la caída de Juan Perón.

Para Marcelo Cavarozzi, las fórmulas políticas ensayadas a partir de 1966 tuvieron un carácter marcadamente más totalizador que las visiones y concepciones que subyacieron a los gobiernos militares y constitucionales del período 1955-1966. Para él, durante la década posterior al derrocamiento de Perón, cada quiebre institucional no alteró sino que contribuyó a conformar una manera compartida de hacer política. Por el contrario, desde 1966, cada cambio de gobierno estuvo asociado a una ruptura con respecto a las modalidades previas de hacer política. Los militares, desde 1966, ya no vendrían sólo a "arreglar la situación", sino a modificarlo todo de raíz.

Esa determinación de cambio profundo asumida por la "Revolución Argentina" reforzó un modelo de Estado basado en la técnica y una visión peculiar de la política. Llegó investida de un consenso respecto a lograr la erradicación de una partidocracia amenazante desde el primer gobierno de Perón y en liderar en una exitosa operación de unificación de las fuerzas del país. Así, se transformaría en un régimen autocrático en el cual el único que haría política sería el gobierno.²³

Ahora bien, muchas de las transformaciones que planteó la "Revolución Argentina" no fueron un relámpago en una noche de oscuridad. De hecho, el desarrollismo como doctrina está mucho más asociado en la historiografía con el ambicioso y trunco proyecto de Arturo Frondizi. Sin embargo, la idea de fortalecer la acción del Estado, propia del desarrollismo en su modo genérico, continuó por varios años, incluso bajo el signo del gobierno de facto iniciado en 1966. En este, maduró un concepto que marcaba que las políticas públicas no sólo debían hacerse más sólidas, sino también debían ser diseñadas bajo principios tecnocientíficos y no políticos. Esta última apuesta, denominada por muchos como tecnocrática, refería al ideal de un gobierno completamente en manos de técnicos guiados por la infalibilidad de la ciencia. De esos cerebros privilegiados surgirían reformas mucho más eficaces que cualquier consideración ideológica, política o social. Toda persona con la capacidad de llevar adelante procesos tecnológicos podría gobernar mejor a la sociedad que los propios políticos.

Muchos de estos principios fueron recogidos por varios sectores durante los años de Onganía, primer presidente de la "Revolución Argentina". Bajo las premisas antipolíticas propias de la tecnocracia, la participación individual y colectiva debía ser

²³ CAVAROZZI, Marcelo, *Autoritarismo y Democracia (1955-1983)*, Buenos Aires, CEAL, 1992, p. 36.

reemplazada por corporaciones que desactivaran el conflicto y generaran una sociedad armónica y organizada. Desde ya que varios suscribieron esta idea de desmovilización: la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Unión Industrial, las asociaciones de Bancos, la Sociedad Rural y las Confederaciones de Asociaciones Rurales de Buenos Aires y La Pampa apoyaron la propuesta. No menos importante fue la adhesión de algunos sectores sindicales, representados en las figuras de Augusto Timoteo Vandor (UOM), Juan José Taccone (Luz y Fuerza), José Alonso (Vestido) y Rogelio Coria (Construcción) participando del acto de asunción del presidente Onganía.

De todos modos, por fuera de la fe en la racionalidad, esta primera administración no era homogénea. Mientras el presidente ponía de manifiesto una visión paternalista y corporativista -que para algunos lo emparentaba con el Generalísimo Franco- otros, como el general Julio Alsogaray, enarbolaban una postura más liberal en lo económico y conservadora en lo político. Sin embargo, para César Tcach, en los primeros momentos de gestión el postulado tecnocrático servía para construir consensos: tanto unos como otros tenían como común denominador su fascinación por la técnica y la eficacia, elementos claves para la modernización autoritaria del país.²⁴ Todos esperaban que técnicos formados y prestigiosos, apoyados por la mano firme del gobierno, prescindieran de "sentimentalismos" a la hora de disciplinar a la díscola clase trabajadora, mayoritariamente peronista. Así, se consideraba que este nuevo gobierno no tenía plazos, sino fines. Veremos, de todos modos, que el potente concreto que resultaban aquellos postulados para darle cierta solidez programática a la "Revolución Argentina", rápidamente comenzaron a resquebrajarse.

Para nuestros fines, es importante resaltar cómo la salud pública acompañó los trazos gruesos del proceso. Fue interpelada por la confianza tecnocrática de los primeros años de la "Revolución Argentina", transformándose en uno de los ámbitos privilegiados para el desembarco de técnicos y la puesta en práctica de sus estimulantes ideas. Pero también fue uno de los sitios donde mejor se notaron los primeros síntomas del agotamiento de la primera etapa, coincidente con el debilitamiento del gobierno de Onganía. Así, el paso a los pactos o acuerdos con otros actores como los sindicatos, propios del Gran Acuerdo Nacional (GAN) de

²⁴ TCACH, César, "Golpes, proscripciones y partidos políticos", en JAMES, Daniel (Dir.), *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, Colección Nueva Historia Argentina, tomo IX, Buenos Aires, Sudamericana, 2003, p. 51.

Lanusse, también se reflejaron en las políticas de higiene pública en los años siguientes.

La "Revolución Argentina" y su modelo de salud: ¿Estado u obras sociales?

Para Mario Rovere, la salud pública argentina vivió un período dorado en los primeros años de Onganía (que ya se había vislumbrado en los gobiernos de Frondizi e Illia). La vigencia de la "cuestión salud" como tema no resuelto se evidenció a comienzos de los años sesenta con la apertura de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, con la fuerte mención en la Carta de Punta del Este –en los hechos, una declaración de casi todos los países americanos- y con la constitución de una Asociación Argentina de Salud Pública. Esta última adquirió cierta relevancia, no sólo por el ya mencionado consenso tecnocrático, sino también por todas las tendencias planificadoras provenientes del mundo socialista, que muchos veían con agrado en el país. El faro cercano de excelencia en salud era la recién revolucionada Cuba, temida pero vista cada vez con más interés a la hora de conducir los destinos médicos de la población.²⁵

De todos modos, pronto esta construcción teórico-política fue interpelada en su faz democrática con el derrocamiento de Illia. Allí, el formato en gran parte progresista de aquella se vio asediado. La Asociación Argentina de Salud Pública, por ejemplo, se encontró con el dilema de continuar o no bajo un gobierno militar. Éste decidió invitar a los técnicos a que diesen continuidad a sus tareas en el Ministerio de Salud, tentación que por muchos no pudo ser resistida, aunque representó el fin de la asociación como experiencia colectiva.²⁶

En todo caso, más allá de las cavilaciones de este grupo de médicos, el problema estaba muy claro. En el Onganiato, la salud jugaba un papel relevante en su pedagogía eficientista. Como demuestran las propias palabras del nuevo presidente en la Primera Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, "*la Revolución Argentina hubiera perdido coherencia fundamental si no hubiera dado a la educación y a la salud la trascendencia que ha sido suscripta en su primera orientación*".²⁷

²⁵ ROVERE, Mario, "La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto". Publicado en la revista electrónica *La Esquina del Sur*, mayo 2004

²⁶ Idem

²⁷ Idem

Los funcionarios que mejor interpretaron esta apuesta fueron el Secretario de Salud Pública, Ezequiel Holmberg, y su subsecretario, Alberto Mondet, ambos del Ministerio de Bienestar Social. Ellos sintetizaron el espíritu modernizante de los primeros tiempos y completaron un andamiaje teórico-metodológico cuyas bases habían sido levantadas durante el gobierno de Illia. Holmberg y Mondet profundizaron ese camino entre 1968 y 1969.

Para interpretar el enfoque propugnado por Holmberg y Mondet, puede servir leer con atención las conclusiones de la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, convocada en diciembre de 1967.²⁸ En ese documento, la atención médica integrada era definida como el sistema de prácticas técnicas, consistentemente articuladas, mediatizadas por los servicios de salud en la comunidad a la cual servirían. El objetivo de la misma era “prevenir, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de las personas”.²⁹ Dichos servicios se efectivizarían en “áreas homogéneas”, previamente definidas, gracias a las cuales se lograría “una consecuente racionalización de los esquemas operativos; la incorporación de una nomenclatura uniforme y un sistema escalonado de servicios; la elaboración de programas de capacitación continua de personal, rotación periódica del mismo, estímulo al trabajo en equipo, retribuciones actualizadas y dotaciones con número suficiente de personal de tiempo completo”.³⁰

En aquella reunión también se recomendaba a las provincias la adopción de una legislación acorde con el espíritu de la ley nacional 17.012/66, que deshacía la centralización del subsistema de salud pública y alentaba la coexistencia de éste con el subsistema privado y el sector conformado por mutualidades y gremios.³¹ Esta recomendación implicaba un “Servicio de Atención

²⁸ Recomendaciones producidas en la Segunda Reunión Nacional de autoridades de Salud Pública. En: MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA, *Conclusiones y recomendaciones. Reuniones nacionales y regionales de autoridades de Salud Pública 1966-1969*, Buenos Aires, 1970, pp. 33-51. Citado por BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelo organizativos 1960-1985*, Publicación N° 40, Buenos Aires, 1994, OPS-OMS, p. 45.

²⁹ Ibidem

³⁰ BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelo organizativos 1960-1985*, Publicación N° 40, Buenos Aires, 1994, OPS-OMS, pp. 42-45.

³¹ Sobre los objetivos perseguidos por las políticas de Holmberg y Mondet, Belmartino señala que se buscaba “homogeneizar la cobertura de las obras sociales y regular sus relaciones con los proveedores de servicios, con miras a llegar en el mediano plazo a

*Médica Integral para la Comunidad con el objeto de conocer el interés y la capacidad de organizarse que posee la comunidad frente a los problemas de salud y de proseguir en forma efectiva la descentralización administrativa a nivel periférico, para disminuir costos y aumentar eficiencias”.*³²

Atendiendo a estos objetivos, la Secretaría de Salud decidió la creación de “hospitales de comunidad”, de clara orientación universalista y que, en su versión ideal, debían llegar a ser autogestionados por la sociedad.³³ Hasta que no se pusieran efectivamente en marcha estas instituciones, la administración de los servicios de salud continuaría sosteniéndose en el andamiaje planificador, regulador y homogeneizador del Onganiato.

Sin embargo, la etapa universalista y estatalista –la comunitaria nunca llegó– podía entrar en colisión con las tendencias corporativistas que también existían en el gobierno. Los críticos al proyecto de Holmberg y Mondet opinaban que la pretensión de poner en caja a las obras sociales iba a ser muy difícil, incluso en este gobierno militar. Esta concepción, contraria a los principios que regían la Secretaría de Salud, fue madurando conforme se hacían visibles los conflictos sociales y los límites del shock autoritario de Onganía. Distanciándose del modernismo reinante, algunos –ligados a ideales socialcristianos– consideraban más fácil encargarse de la salud pública estableciendo acuerdos con quienes pensaban que eran los actores pertinentes: los sindicatos. La premisa defendida por este grupo se relacionaba con la imposibilidad de que el Estado pudiera controlar en su totalidad la salud pública, puesto que se creía que no había fuerza posible para lograrlo.

En la Secretaría de Promoción Comunitaria, las críticas al proyecto de Holmberg y Mondet cristalizaron en un programa alternativo al de estos últimos. El referente institucional e ideológico de dicho proyecto fue Santiago de Estrada, de tendencias profundamente cristianas. Los funcionarios de la secretaría plantearon con vigor una estrategia sanitaria que

la puesta en marcha de un seguro destinado a la cobertura de atención médica organizado sobre bases provinciales y con reglas de funcionamiento uniformes –pautas contractuales, nomenclador de prestaciones, modalidades de pago– para la totalidad de los beneficiarios del sistema”. Ibidem

³² Ibidem

³³ ROSSI, María Teresa y RUBILAR, Amanda, “Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia fragmentación e iniquidad”, *Revista de la Asociación Médica Argentina* N° 120, Buenos Aires, 2007, p. 14.

suponía la cooptación de las organizaciones sindicales como su eje central.

Resultado de este embate fue la sanción de la ley 18.610/70. La misma generalizó el sistema de obras sociales para toda la población en relación de dependencia, *“conservando la heterogeneidad de origen de las instituciones financiadoras y la consiguiente diferenciación de su capacidad para dar respuesta a las necesidades de sus beneficiarios”*.³⁴ Esta normativa volvió muy dificultosa la implementación de niveles de complejidad creciente, la prestación del servicio y la determinación de zonificaciones. En otras palabras, el acceso a diferentes servicios de salud comenzó a depender cada vez más del poder económico de cada organización gremial y del posicionamiento relativo de ellas en la distribución del poder.

Entre las prescripciones de la ley 18.610, se concretó la formación de un organismo estatal encargado de la regulación y control del sistema: el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Este último tenía a su cargo *“el dictado de normas que disminuyeran la heterogeneidad de las obras sociales y controlaran las formas de financiamiento y organización de sus servicios. Por esa vía se uniformizaron los porcentajes de contribuciones sobre los salarios y el sistema de aranceles para remunerar los servicios médicos bajo contrato.”*³⁵

Los funcionarios agrupados en torno al núcleo socialcristiano y con ideas orientadas a la concertación con los líderes sindicales, asumieron posiciones de conducción en el INOS y desde allí batallaron con ferocidad contra el equipo de la Secretaría de Holmberg. Con estos cambios normativos, podía intuirse que, en la novel pelea entre tecnócratas y socialcristianos, éstos se impondrían. En el contexto de derrumbe del proyecto de Onganía, Holmberg y Mondet fueron desplazados. Resultó finalmente victoriosa la alianza tejida entre el sindicalismo y los sectores socialcristianos. Este nuevo escenario es coincidente conceptual y cronológicamente con los sueños del GAN que primaron en los años de Lanusse. El modelo eficientista agonizaba y daba paso a uno basado en la negociación.

Ahora bien, es válido el interrogante respecto a cómo este contexto impactó en Neuquén, espacio que, por otro lado,

³⁴ BELMARTINO, Susana, “Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina”. Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Universidad Nacional de Quilmes, 30 y 31 de mayo de 2002. Sede UNQ, pp 8-9.

³⁵ BELMARTINO, Susana, *op. cit.*, pp 8-9.

necesitaba de cambios en una salud pública que mostraba los peores índices del país. La respuesta que debe darse es simple: el Estado provincial también se convirtió en escenario para el despliegue de todos esos proyectos sanitarios. Pero, curiosamente, aquí la vida del modernismo tecnocrático fue mucho más vigorosa que en el resto del país. Su suerte no dependió tanto de los vaivenes nacionales, como si hubiera encontrado en esta zona de la Patagonia un propenso microclima.

Capítulo II

En torno a los orígenes del sistema de salud de la provincia de Neuquén

Hasta ahora, en la revisión de la historia de la salud pública en la Argentina, vimos cómo el Estado, los médicos y las obras sociales fueron cambiando su situación, absoluta y relativa, a lo largo del proceso. Líderes al principio, las corporaciones de médicos fueron dejando paso -a partir de los años cuarenta- a una vigorosa acción estatal en el clivaje peronista, labor que se intentó tecnificar en los primeros años de la "Revolución Argentina", los de Onganía, Holmberg y compañía. Paradójicamente, y de manera curiosa por tratarse de escasos años de diferencia, el segundo momento de aquella dictadura marcó el avance de las obras sociales y un nuevo aliento a la actividad privada.

Sin embargo, comenzamos este libro apuntando a desentrañar las políticas de salud en la provincia del Neuquén. Resulta estimulante, teniendo en mente ese objetivo, formular algunas preguntas: ¿reprodujo automáticamente Neuquén las tendencias registradas en el orden nacional?, ¿tuvo retardos propios de un espacio marginal?, ¿qué dinámica siguió en esta provincia, tan atravesada por el rol del Estado, el subsistema de obras sociales?

Para enfrentarnos a estos interrogantes, la escala de observación deberá ser reducida y el relato recomenzar desde los inicios del siglo XX, sólo que ahora con los ojos fijos en Neuquén.

La precariedad territorial: entre la debilidad del Estado y el desinterés de la esfera privada

Las primeras décadas del siglo XX mostraron al territorio neuquino rezagado en materia de servicios, infraestructura y personal sanitario. Reproduciendo el esquema macrocefálico nacional, el grueso de los recursos estaba concentrado en el vértice oriental, lo cual generaba desigualdades muy marcadas en cuanto a las posibilidades de acceso a los servicios de salud. El puñado de facultativos que residía en el interior estaba afectado a las distintas unidades militares y eso, como es de imaginar, dificultaba la atención de los problemas sanitarios de una población mayormente rural y distribuida en un extenso territorio. Puede que un comentario periodístico de la época nos avise de la tenue presencia oficial:

“Hablar de Salud Pública y de asistencia social en el interior del territorio, sería exhibir una página en blanco; tal es el panorama a que este respecto se presenta. Un territorio que cuenta con más de 80.000 habitantes, no tiene un sólo establecimiento sanitario que pueda llamarse siquiera pequeño hospital. En ninguna parte del interior existe un establecimiento sanitario que tenga la necesaria importancia que requiere la asistencia médica de los vecindarios. Hagamos la exclusión del servicio médico que prestan los distintos regimientos (...) que no alcanzan a suplir con lo exigido. Es éste, pues, un problema de fondo que rebalsa las márgenes de la salud pública para convertirse en uno de justicia social de rigurosa actualidad en estos momentos en nuestro país.”³⁶

Frente a este esquelético sistema de salud, no era extraño que algunas epidemias hayan azotado al interior neuquino. El brote de sarampión registrado en Cutral Co a mediados de la década de 1930 es un buen ejemplo de ello. Como suele suceder en estos casos, el peso de las enfermedades cayó sobre las espaldas de la población más vulnerable: hacia 1943, la mortalidad infantil para los menores de cinco años era del orden de los 136 por mil; mientras que la correspondiente a los menores de un año era, con 366 por mil, la más alta del país.³⁷

Si la década de 1940 había marcado, a nivel nacional, el inicio del proceso de “democratización del bienestar”, para el caso neuquino los primeros tibios cambios tuvieron que esperar a la llegada del peronismo. Recién en 1947, fueron construidas estaciones sanitarias en diferentes puntos, entre ellos Chos Malal y Villa la Angostura, ambos en el interior del territorio. En 1948, la antigua Asistencia Pública de la capital recibe el nombre de Hospital Local de Neuquén, dando al establecimiento autonomía respecto al hospital regional existente en Allen.³⁸ Al mismo tiempo, se implementaron diversas medidas que mejoraron la salud de la población: planes de vacunación, giras de médicos y rápida

³⁶ Periódico *Neuquén*, año XXIII, Tercera época, n° 142, 12 de octubre de 1945, p. 1. Citado en MASES, Enrique y otros, *El mundo del trabajo en Neuquén. 1930/1970*, Neuquén, EDUCO, 1998, p. 53.

³⁷ Consejo Nacional de Estadística y Censo, “La población y el movimiento demográfico de la República Argentina en los años 1942 y 1943”, Buenos Aires, Ministerio del Interior, p. 67.

³⁸ EDELMAN, Ángel, *Recuerdos territorianos*, Neuquén, Ed. Juan Castagnola, 1954.

asistencia en caso de brotes epidémicos son algunas muestras de un Estado que avanzaba sobre un terreno que, hasta entonces, había permanecido virgen. Además, junto con la mayor presencia oficial, advertimos la intervención, en el ámbito de la salud, de organizaciones gremiales. Este fue el caso de La Fraternidad ferroviaria, que no sólo inició las gestiones para construir una clínica, sino que además envió un profesional a la capital neuquina con el fin de atender a las familias de los trabajadores agremiados. De todas formas, la creciente presencia de los sindicatos no significó, por lo menos para el caso neuquino, el montaje de un sistema de salud paralelo que compitiera con la atención sanitaria ofrecida por el Estado nacional.

Con todo, los avances registrados durante los "años dorados" del peronismo no permitieron resolver los déficits acumulados en décadas de prescindencia oficial. Para sostener este punto, sólo hace falta decir que la mayoría de las localidades del interior carecía de cualquier atención sanitaria, ya sea por la falta de profesionales o bien por la ausencia de salas de primeros auxilios. Esto se acentuaba en los departamentos recostados sobre los Andes, sobre todo los del norte, donde la ausencia del Estado en materia de salud pública era absoluta.³⁹

Una salud pública para la nueva provincia

La provincialización del territorio de Neuquén, efectivizada en 1958, fue un laboratorio ideal para probar el recetario desarrollista. La joven provincia, que se incorporaba al sistema político luego de casi ochenta años como territorio nacional, puso en marcha una serie de estrategias orientadas a generar un desarrollo en visión cercana a la CEPAL (Comisión Económica para América Latina). No sería incorrecto decir que Neuquén fue en algún sentido "hija de esa concepción",⁴⁰ por cuanto los planificadores pensaban a esta región como proveedora de la energía para una remozada maquinaria industrial. Comenzaba por entonces a ganar espacio, en la agenda del gobierno de Frondizi, la necesidad de promocionar determinadas regiones estratégicas como medio para dinamizar al conjunto del país. La creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el

³⁹ El caso de Loncopué es un buen ejemplo en este sentido. Los informes policiales de mediados del siglo XX señalaban que parajes rurales como Huncal, Chorriaca, El Manzano, Pichahue y Collipilli enfrentaban un completo abandono. Cfr. MASES, Enrique y otros, *El mundo del trabajo...*, op. cit., p. 122.

⁴⁰ BLANCO, Graciela y otros, *Neuquén: 40 años de vida institucional*, Neuquén, COPADE-CEHIR, 1998, p. 25.

auge de las regiones como instrumentos de planificación fueron quizás los elementos más evidentes de este norte programático. La "región Comahue", como se conoció a la franja septentrional de la Patagonia, comenzó a ser objeto de numerosos estudios técnicos y de proyectos de cierta envergadura. La aprobación de un complejo hidroeléctrico sobre los ríos Neuquén y Limay, donde se erigiría lo que la prensa de la época dio a conocer como el "Assuan Argentino", y el tendido de un gasoducto entre Challacó y Puerto Rosales son claras muestras de las expectativas que despertaba la provincia de Neuquén en el concierto nacional.⁴¹

Pero no se trataba sólo de un proyecto diseñado en alguna de las oficinas del gobierno nacional. Con la sanción de la Constitución provincial de 1957, Neuquén se sumaba a un clima de ideas sintonizado en una frecuencia desarrollista. En su Carta Magna se trazaron las líneas más gruesas de un régimen económico que redimensionaba el accionar oficial. Así, esta joven provincia patagónica se incorporaba a la órbita nacional defendiendo una idea de Estado activo que se imaginaba a sí mismo como factor de desarrollo. Ese compromiso con el constitucionalismo social, tan propio de la segunda posguerra, era acompañado de una postura federal que nutriría de recursos al accionar oficial de la nueva provincia. Del andamiaje de las reglamentaciones y la organización de los poderes públicos, se trasluce el propósito de construir un Estado que *"asumiera la defensa de las riquezas esenciales de la provincia, impulse su desarrollo global e intervenga en la creación de la infraestructura social básica."*⁴² Aunque los primeros pasos en esa dirección fueron dados durante el peronismo, cuando el Estado nacional fortaleció su presencia en los lejanos distritos patagónicos, el nuevo perfil regional tuvo que aguardar por algún tiempo.

En los años que siguieron a la provincialización, se definió en Neuquén un Estado moderno que contó como principal característica una importante centralización institucional y una temprana vocación planificadora. Se entendía que sin la presencia oficial era muy difícil que la nueva jurisdicción pudiera escapar a su situación de precariedad. Sólo era necesaria una *"acción planificada que trastoque el cuadro de miseria, asegurando fuentes de trabajo*

⁴¹ Idem, p. 26.

⁴² ARIAS BUCCIARELLI, Mario, "El estado Neuquino. Fortalezas y debilidades de una modalidad de intervención", en FAVARO, Orietta (Dir.), *Neuquén: La construcción de un orden Estatal*, Neuquén, CEPHYC, 1999, p. 39.

y creando nuevas industrias".⁴³ Quedaba claro que las primeras experiencias de gobierno autónomo –primero encolumnadas con la UCRI y luego con un nuevo partido provincial basado en liderazgos locales- retomaban el vocabulario que el desarrollismo había llevado a los primeros planos.

El primer MPN y la "cuestión sanitaria"

Un importante punto de partida para analizar la génesis de las políticas de salud pública en Neuquén es el discurso enunciado en 1962 por Felipe Sapag, líder del recién fundado Movimiento Popular Neuquino, pocos días antes de las elecciones de ese año. En esa oportunidad declaraba:

"[Los objetivos del nuevo partido apuntan a] la solución de los grandes problemas, que permitan y liberen el desarrollo económico-social de la provincia y tiene como objetivo fundamental, la felicidad del pueblo y la grandeza de Neuquén y la Patria. (...) Aspira a elevar el nivel moral y material de la clase trabajadora a la que se pretende llevar por los carriles de la sumisión y la miseria. Queremos que se respeten y se acrecienten las conquistas sociales; lucharemos por superar la miseria, el dolor y la permanente explotación del hombre por el hombre. Queremos que la riqueza se distribuya equitativamente y que haya trabajo para todos".⁴⁴

El MPN se impuso por el 62% de los votos y accedió al gobierno el 12 de octubre de 1963. Ante la Legislatura, el flamante gobernador describía, no sin dramatismo: "Neuquén vive una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre". De acuerdo a su mirada, esto se reflejaba, entre otras, en las siguientes circunstancias: inexistencia de cuadros técnicos, precariedad laboral, deficiencia alimentaria de extensos sectores sociales, alto

⁴³ CENTRO DE DOCUMENTACION CIENTIFICA Y TECNICA, *Síntesis la situación económica de la provincia de Neuquén*, Neuquén, COPADE, 1993, p. 3.

⁴⁴ CASTILLO, Enrique, *Neuquén, crónica de un época... y la fundación del M.P.N.*, Neuquén, Ed. del Autor, 2005, pp. 312-315. Alocución realizada por Felipe Sapag, el 14 de marzo de 1962, por LU5 Radio Neuquén, en su condición de candidato a Gobernador por el Movimiento Popular Neuquino. Esas elecciones fueron anuladas por el Gobierno Nacional.

analfabetismo, desprotección sanitaria, desorganización de los centros asistenciales y elevados índices de mortalidad infantil.⁴⁵

Sin embargo, para Felipe Sapag, ese desolador panorama podía ser transformado:

"...disponemos de recursos extraordinarios que esperan una acción planificada que trastoque el cuadro de miseria e ignorancia en otro que impulse la economía y eleve el nivel de vida."

En lo que respecta a la problemática de la salud pública, afirmaba enfáticamente:

"La protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia" [y para ello era necesario] "dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez."⁴⁶

Estas presentaciones sintetizan el horizonte de las políticas que se desarrollarían en las décadas siguientes, las que estarían marcadas por la centralidad del MPN y su progresiva colonización de las estructuras del Estado provincial.

La salud en la provincia de Neuquén en la década de 1960

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

Puede que algunas cifras nos ayuden a entender este panorama. Según el Censo Nacional de 1960, la provincia contaba con cerca de 110.000 habitantes, la mayoría de los cuales vivía en las áreas rurales. La zona sanitaria I era la única que contenía una mayoría urbana (69%), mientras que en las restantes el 81% de la población era rural (Cuadro 1).

⁴⁵ SAPAG, Felipe, *El desafío*, Temuco, Impresos Spring, 1994, pp. 20-24.

⁴⁶ Idem

Cuadro 1⁴⁷

1960						
Provincia de Neuquén						
Población urbana rural según zonas sanitarias						
Áreas	I	II	III	IV	Pob Total	Total Zona II-III-IV
	Cant	Cant	Cant	Cant	Cant	Cant
Total	54.921	22.344	16.016	16.613	109.894	54.973
Urbano	37.858	7.497	2.878	0	48.233	10.375
Rural	17.063	14.847	13.138	16.613	61.661	44.598
%						
Total	100	100	100	100	100	100
Urbano	69	34	18	0	44	19
Rural	31	66	82	100	56	81

En este marco poblacional, la cantidad de recursos humanos contemplados en el sistema de salud era exigua. El total de médicos existente en la provincia tan sólo era de 35, esto es 3,2 médicos cada 10.000 habitantes, lo que equivale a un facultativo cada 3.000 personas. El subsistema público contaba con 2,2 médicos cada 10.000 habitantes, que es lo mismo que decir un médico cada 4.545 personas. En el subsistema privado y el de obras sociales, se habían computado once médicos -en esa época no estaba discriminada la población que contaba o no con obras sociales-. En menos palabras, el 69% de los médicos pertenecía al subsistema público, mientras que el resto se desempeñaba en el ámbito privado o en el de las obras sociales (Cuadro 2).⁴⁸

⁴⁷ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983, pp. 45-46-47, 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

Composición de las zonas sanitarias. Zona I: Confluencia, Añelo, Collón Cura y Picún Leufu. Zona II: Zapala, Catán-Lil, Loncopué y Picunches. Zona III: Chos Malal, Minas, Ñorquín y Pehuenches. Zona IV: Lacar, Aluminé, Huiliches, y Los Lagos.

⁴⁸ Curiosamente, esta proporción se invertía en el sector de enfermería, que representaba, con 108 personas, la especialidad más numerosa: el 67% trabajaba en el sector privado y de obras sociales.

Cuadro 2⁴⁹

1960 - Provincia de Neuquén							
Cantidad de recursos humanos según sectores del sistema de salud							
Habitantes	109.890						
Sectores	Mé dico	Bioq/ Far.	Odon tólogo	Enfer mera	Sub total	Otros	Total
Público	24	1	2	41	68	73	141
Priv/Ob.Soc	11	1	3	67	82	19	101
Total	35	2	5	108	150	92	242
%							
Público	69	50	40	38	45	79	58
Priv/Ob.Soc	31	50	60	62	55	21	42
Total	100	100	100	100	100	100	100
Cada 10.000 habitantes							
Público/10.000 h	2,2	0,1	0,2	3,7	6,2	6,6	12,8
PrObSo c/10.000 h	1,0	0,1	0,3	6,1	7,5	1,7	9,2
Total c/10.000 h	3,2	0,2	0,5	9,8	13,7	8,4	22

La precariedad de la estructura sanitaria de la provincia de Neuquén puede apreciarse a partir de los datos contenidos en el Cuadro 3. Si se atiende a la distribución de recursos humanos por zona sanitaria, se advierte que en ninguna de ellas la suma de médicos, bioquímicos, odontólogos y enfermeros alcanzaba a 10 profesionales cada 10.000 habitantes o, lo que es igual, apenas llegaba a un profesional cada 1.000 personas. Un panorama no muy diferente se observa en la distribución de camas, que a nivel provincial rondaba las 20 cada 10.000 personas. Todas las zonas sanitarias se encontraban cercanas a esa proporción, excepto la IV, que sólo alcanzaba 9,6 cada 10.000 habitantes. En lo que se refiere a cantidad de establecimientos, el cuadro era igualmente sombrío. En efecto, los que contaban con internación no alcanzaban a uno cada 10.000 personas en toda la provincia. Todavía peor era la situación de los establecimientos sin internación, base de la atención primaria de la salud, que tan solo alcanzaba a uno cada 25.000 habitantes.

Esta estructura sanitaria, precaria como era, no pudo hacer frente a las necesidades de una población escasa pero muy dispersa geográficamente. Las limitaciones de este sistema de salud se reflejaban, por ejemplo, en la esperanza de vida al nacer, que

⁴⁹ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159, 174.

apenas alcanzaba los 47 años. En gran medida, esto se explica por la elevada mortalidad infantil que registraba la provincia. En 1960, dicha tasa era de 117,9 por mil, aunque se presentaban variaciones en cada una de las zonas sanitarias: las zonas I y II presentaban un índice algo inferior (110,6 por mil y 115,8 por mil respectivamente), mientras que en las zonas III y IV trepaban al 126,9 por mil y 134,1 por mil en cada caso (Cuadro 3).

Cuadro 3⁵⁰

1960 - Provincia de Neuquén										
Ítems	Composición zonas sanitarias									
	I		II		III		IV		Total	
Habitantes	54.921		22.344		16.012		16.613		109.890	
Personal	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h
Médicos	14	2,5	4	1,8	1	0,6	5	3,0	24	2,2
Bioquímicos./Farm.	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Odontólogos	1	0,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Enfermeras	19	3,5	11	4,9	8	5,0	8	4,8	46	4,2
Subtotal At. Médica	35	6,4	16	7,2	9	5,6	13	7,8	73	6,6
Otros Rec. Hum.	50	9,1	7	3,1	8	5,0	3	1,8	68	6,2
Total	85	15,5	23	10,3	17	10,6	16	9,6	141	12,8
Camas	128	23,3	50	22,4	33	20,6	16	9,6	227	20,7
Estab. C/Intern.	4	0,7	2	0,9	1	0,6	3	1,8	10	0,9
Estab. S/Intern.	2	0,4	0	0,0	1	0,6	1	0,6	4	0,4
Total Establ.	6	1	2	0,9	2	1,2	4	2,4	14	1,3
Consultas/hab/año	46.959	0,9	21.793	1,0	3.571	0,2	9.936	0,6	82.259	0,7
Egresos/100 hab.	1.529	2,8	841	3,8	428	2,7	332	2,0	3.130	2,8
Rel. Cons/egreso		30,7		25,9		8,3		29,9		26,3
Mort Infantil ‰		110,6		115,8		126,9		134,1		117,9
Mort General ‰		10,8		13,3		15,6		13,6		12,4
% de fallecidos entre 0 a 4 años										50,6
% de fallecidos entre 5 a 49 años										25,3
% de fallecidos entre 50 y más años										24,1
Esperanza de años de vida al nacer										47,0

⁵⁰ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983. En 1960 no existía el ordenamiento territorial de los establecimientos públicos de atención de la salud por zonas sanitarias y composición según complejidad. Los autores del trabajo citado, a los efectos de comparar luego 1970 y 1980 con 1960, clasificaron lo existente en 1960 de acuerdo al ordenamiento surgido en 1970.

Por último, es importante señalar algunas relaciones para luego compararlas con los años posteriores. Nos estamos refiriendo a la cantidad de consultas y egresos por internación por médico, y por enfermera/o. Los valores que se obtienen nos dan una idea de cuántas consultas e internados atendía en promedio cada una de las profesiones señaladas.

Cuadro 4

1960					
Consultas y egresos promedio por profesional					
Zonas sanitarias					
Relaciones	I	II	III	IV	Total
Consultas/Médico/año ⁵¹	3.354	5.448	3.571	1.987	3.427
Consultas/Enfermero/año	2.472	1.981	446	1.242	1.788
Egresos/Médico/año ⁵²	109	210	428	66	130
Egresos/Enfermero/año	80	76	54	42	68
Giro camas/año ⁵³	12	17	13	21	14
Camas/día /año ⁵⁴	46.720	18.250	12.045	5.840	82.855
Camas/día /año x egreso anual ⁵⁵	31	22	28	18	26

Estas relaciones originales nos estarían indicando que, en promedio, cada médico atendía, en 1960, 3.427 consultas en el año y disponía para su atención de 130 internados anuales; y la enfermería, 68 internados cada uno. Por otra parte, el máximo de camas/días anuales por internado en toda la provincia era de 26 días como promedio, con valores que iban entre 18 y 31, según la zona sanitaria. Eran valores muy altos, pero veremos más adelante que estos bajan, reflejando la disminución de los días de internación por paciente; por ende, mejor aprovechamiento de los recursos. Se pueden apreciar las grandes diferencias en más y en menos de los valores promedio de la provincia, indicando estas distancias criterios de distribución de recursos humanos no

⁵¹ Total de consultas dividido por la cantidad de médicos en el período.

⁵² Total de egresos dividido por la cantidad de médicos en el período.

⁵³ Total de egresos dividido por número de camas disponibles en el período.

⁵⁴ Total de camas disponibles multiplicado por los días del año (365).

⁵⁵ Total días de ocupación teórica de las camas en el año por egresado. Supone 100% de ocupación.

susceptibles de discernir, ya que la planificación organizacional debería tomar en consideración diferencias de contexto social y ambiental para que, de tal forma, la producción *per capita* de los profesionales o la carga promedio sean las más semejantes posibles, cargando en más o en menos los recursos de atención según las condiciones específicas. En estos años, se carecía en la provincia de un ordenamiento rector de la atención pública de la salud, prevalencia de criterios y conceptualizaciones sobre la salud pública muy negativos.

Oswaldo Pellín nos comentaba:

“No tenía ningún prestigio la salud pública. De los hospitales públicos existentes, la mitad eran nacionales y los otros provinciales. Todo el proceso de provincialización hospitalaria comienza hacia fines del gobierno de Onganía. Al mismo tiempo había un desprestigio de la salud pública, los propios médicos privados que estaban radicados en Neuquén, como en cualquier lugar del país, hablaban mal de los hospitales públicos. Para estos médicos eran un mal necesario para que tuvieran a mano un puesto que los dejara respirar. Pero también había médicos sacrificados que iban al hospital a trabajar bien, sin ningún escamoteo horario alguno y dando lo mejor de sí y sin robar pacientes. Pero acá había una configuración sobre la salud pública muy negativa y muy desprestigiada aun entre muchos de los mismos médicos que asistían a los hospitales públicos como médicos empleados.”⁵⁶

Frente a esta situación, el gobierno que Felipe Sapag encabezó entre 1963 y 1966 –hasta su reemplazo por el interventor Rodolfo Rosauer– desarrolló una serie de políticas con las que pretendía responder a las problemáticas sanitarias de la provincia. En materia de recursos humanos, mediante el nombramiento de profesionales en el subsistema público, el gobierno provincial pretendía poner *“todos los esfuerzos y recursos para revertir esta pavorosa carencia de protección sanitaria.”*⁵⁷ De esta manera, se concretó un destacado crecimiento del plantel médico: si en 1960 había tan solo 24, para 1966 su cifra llegaría a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporación de

⁵⁶ Entrevista Oswaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

⁵⁷ SAPAG, Felipe, *El desafío*, Temuco, Chile, Impresos Spring Ltda., 1994, pp. 109-116.

otros especialistas, en particular en las áreas de bioquímica, obstetricia y enfermería.

En cuanto a la infraestructura, el gobierno realizó una importante inversión en la construcción de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provincia. Poco antes de ser desplazado por las autoridades designadas por la "Revolución Argentina", Sapag presentaba a la Legislatura un detallado resumen de las obras que se habían realizado o estaban en marcha:

"Catan Lil: Sala de primeros auxilios en Las Coloradas. Collón Cura: Sala de primeros auxilios en Piedra del Águila. Confluencia: Hospital Bouquet Roldán (en construcción), Hospital Regional Neuquén (ampliación). Centros sanitarios en: Villa Farrell, Mariano Moreno y Senillosa. Centro asistencial Centenario, Hospital Cutral Có, Centro materno infantil Cutral Có. Chos Malal: Centro materno infantil Chos Malal. Huiliches: Centros sanitarios: Huilqui Menuco en Agrupación Indígena Painifilú, Chiquilhuin en Agrupación Indígena Huala Pereira, Aucapán en Agrupación Indígena Linares, Atreuco en Agrupación Indígena Saihueque, Centro materno infantil Junín de Los Andes. Lacar: Centro materno infantil San Martín de Los Andes, Hospital San Martín de Los Andes (en construcción). Los Lagos: Centro sanitario Villa La Angostura. Minas: Hospital Andacollo, Centro sanitario. Norquín: Centro sanitario Colipilli en Agrupación Indígena Huayquillán. Picunches: Hospital Las Lajas (en construcción). Picún Leufu: Centro sanitario Picún Leufú y viviendas médicas."⁵⁸

Pero, a pesar de estos avances, Sapag reconocía que los desafíos eran de una magnitud tal que no podrían resolverse en el corto plazo. En una de sus últimas reuniones de gabinete en 1966, el gobernador expresaba:

"Este empeño en las acciones para la salud de la población es de tal magnitud, que para cubrir las necesidades de la población podemos decir que estamos en el inicio de un largo camino. Falta infraestructura,

⁵⁸ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 109-116. Resumen del mensaje del señor Gobernador de Neuquén, don Felipe Sapag, al inaugurar el octavo período de sesiones de la Honorable Legislatura Provincial; 1º de mayo de 1966.

*carecemos de profesionales y enfermeras, no tenemos organización, faltan datos estadísticos.”*⁵⁹

Aunque la “columna del haber” parecía completarse lentamente, la del “debe” registraba un balance negativo. En esa misma reunión, Sapag ordenó a su ministro de Bienestar Social que, junto con el Consejo de Planificación, “*proyecten, estudien y comparen con otras jurisdicciones las medidas que permitan acelerar esta urgente necesidad de proteger la salud de la comunidad en general*”. En la expectativa del gobernador, ese proyecto debía formalizarse antes de mediados de ese año. Sin embargo, en lugar de las definiciones concretas reclamadas por Sapag, poco tiempo después llegaría el golpe militar de la “Revolución Argentina”, truncando la formulación de aquel proyecto sanitario.

Sin un plan maestro, las intervenciones federales del Cnel. Jorge Alfredo Elizagaray, primero, y de Rodolfo Rosauer, después, no modificaron la realidad que se retrató con anterioridad. Entre 1966 y 1970, la provincia registró un importante crecimiento económico y un incremento aritmético de su población, lo que hacía que las políticas de las intervenciones federales parecieran exitosas. Pero los beneficios de estas transformaciones se concentraron en las áreas urbanas, principalmente alrededor de la capital provincial. Un panorama bien distinto mostraba el interior neuquino, donde la realidad social no parecía haberse modificado durante aquellos años.

A raíz de la gira que por esas regiones realizó hacia finales de 1969, el obispo Jaime De Nevares efectuó una fuerte crítica sobre la situación social de las comarcas del interior. En primer lugar destacaba “*la despoblación por la emigración hacia las ciudades*”, protagonizada por familias que tenían “*diezmados los animales, reducida la cría, perdidas sus cosechas, perdidos su capital y medios de subsistencia y alimentación*”.⁶⁰

De Nevares veía en la desidia del Estado la causa de la pobreza y marginalidad de los pobladores rurales. El obispo cargaba tintas contra funcionarios que, por ejemplo, ponían en riesgo la base de sustentación de los pequeños productores pecuarios, al suspender la adjudicación de tierras a quienes no contaran con un mínimo de dos mil animales menores, con lo que se perjudicaba al grueso de los pobladores rurales, muchos de ellos ocupantes de tierras fiscales. A todo esto, se sumaban episodios de

⁵⁹ Idem, pp. 94-95.

⁶⁰ *Río Negro*, 12-11-1969, pp. 9 y 24.

aguda conflictividad social, como el protagonizado por los obreros de la represa de "El Chocón", que reclamaban mejores salarios y condiciones de trabajo.

Ante esta preocupante situación, el obispo se preguntaba cuál había sido el rol jugado por el gobierno militar y sus interventores en Neuquén. La falta de respuesta de estos últimos hacia los problemas sociales de la provincia, lo conducía a pensar y a reflexionar que era la inacción de las autoridades lo que "*prepara el ánimo al comunismo estatista, que aparece así como una solución salvadora y tranquilizadora. Se trabaja mejor así que los guerrilleros.*"⁶¹ Y entre los "decires" que De Nevares expresa haber registrado:

"Me han hecho esta pregunta que es grave, por todo lo que trae adentro: ¿Y el Ejército Argentino no es el que manda ahora? ¿Está conforme en que se despueble de argentinos la zona fronteriza? (...). Y así se suceden preguntas; si ser dócil, manso y obediente a las leyes trae estas consecuencias ¿no se justifica la rebelión? ¿Es esta la Revolución? ¿Dónde está lo de Argentina? (...) ¿Qué pasa en la Dirección de Tierras? ¿Qué es un genocidio? ¿Es cierto que se fomenta el alcoholismo para degradar y empobrecer al poblador? Si hacen planes para indígenas, ¿no se pueden hacer también para nosotros los "huincas"? ¿Por qué no se procede como (...) para fomentar la industria, con desgravaciones de impuestos, créditos, facilidades, ayuda estatal? ¿Será que quieren obligarnos a "ir al bajo" para agrandar las villas de Zapala, Cutral Có, Neuquén, Cipolletti para poder hacer mejores planes de erradicación de las villas miseria?"⁶²

Con estas expresiones, De Nevares volvía contra el gobierno militar el discurso a partir del cual éste había construido su legitimidad.

Pero no era sólo De Nevares quien reconocía los problemas sociales de Neuquén. También lo hacían los funcionarios locales de la "Revolución Argentina". En respuesta a las palabras del obispo, el director de Prensa de la provincia manifestaba que el gobierno estaba al tanto de "*las necesidades de los pobladores del noroeste de la provincia*" y advertía la necesidad de "*terminar con el aislamiento, posibilitar el acceso a la tierra, mejorar las condiciones*

⁶¹ Ibidem.

⁶² *Río Negro*, 12-11-1969, pp. 9 y 24.

de salud y educación y crear los medios para la riqueza de la tierra sea extraída".⁶³ Lo que interesa destacar en estas declaraciones es que el funcionario no hacía más que confirmar el diagnóstico del obispo sobre la realidad vigente, aun cuando deslizaba que De Navares no comprendía las tareas que el gobierno había realizado para revertir la situación. En pocas palabras, el proceso de deterioro social no se detenía y el propio gobierno revelaba que la cuestión no era fácil de resolver.

El 12 de noviembre de 1969 arribó a Neuquén el Ministro de Bienestar Social de la Nación, Carlos Alberto Consigli, visita significativa por los anuncios y por la concepción sanitaria que sus declaraciones dejaban entrever. En primer lugar, el ministro reconocía que Neuquén era *"una provincia llena de problemas"*. Mientras que algunos de ellos eran de sencilla resolución, otros eran muy complejos. Sobre estos últimos decía: *"no son problemas que ha traído el gobierno de la Revolución Argentina en tres años; son problemas que vienen de decenas de años atrás, que se vienen acumulando"*.⁶⁴ Pero también reconocía que hubo errores en la implementación de políticas públicas por parte del gobierno militar, cuyas soluciones iban a ser buscadas caso por caso.⁶⁵

En esa misma oportunidad, Consigli aprovechaba para anunciar, en relación al recientemente construido Policlínico Ferroviario,⁶⁶ una *"propuesta para que el gobierno de la provincia tenga a su cargo el equipamiento del hospital y así se atienda prioritariamente a los empleados ferroviarios desde Darwin hasta Zapala y a los empleados de la provincia"*.⁶⁷ Para el ministro, era necesario que dicha institución no limitara sus servicios a los

⁶³ *Río Negro*, 14-11-1969, p. 24.

⁶⁴ *Río Negro*, 13-11-1969, p. 11.

⁶⁵ *Idem*, p. 24.

⁶⁶ "Del Hospital Ferroviario a la Cooperativa": "El policlínico ADOS nace por necesidad de atención médica de los trabajadores ferroviarios, ya que el lugar más cercano era Bahía Blanca. La obra se empieza costeadada por el instituto de ferroviarios en Buenos Aires, y en 1969 estaba listo y equipado con 40 camas: 8 para ferroviarios y las restantes para otras organizaciones. En 1970 se sanciona la ley 18.610 por la que se normatiza el aporte obligatorio a las Obras Sociales, tanto de los trabajadores como patronal. Se crea el INOS que recauda el 10% para el Fondo de Redistribución, con el fin de financiar las obras sociales deficitarias. En 1971, durante el gobierno de facto del General Lanusse, se fundan los ADOS, Asociación de Obras Sociales. En Neuquén, el edificio es cedido a la Asociación Neuquina de Obras Sociales, ANDOS, formada por obras sociales sindicales. El Policlínico como tal, es inaugurado el 9 de julio de 1971. En 1982 se amplió el edificio y se construyó la Unidad de Terapia Intensiva con 10 camas."

<http://www.8300.com.ar/spip.php.article21>. Viernes 05-03-2004

⁶⁷ *Río Negro*, 14-11-1969, p. 11.

afiliados al gremio ferroviario, sino que los hiciera extensivos a sectores más amplios de la sociedad. La postura de Consigli, ya triunfante en el Ministerio de Bienestar Social, denota el intento de construir en Neuquén un sistema de salud que tuviera como pilar a las organizaciones sindicales.

Esto también se reflejaba en la crítica que el ministro lanzaba contra un sistema sanitario basado en el sector público, modelo al que consideraba vetusto e ineficiente:

*"En ningún país se presta en la actualidad asistencia totalmente gratuita a todo el que quiera servirse de ella. En América se presta ese servicio, hasta ahora, únicamente en la Argentina. Y por eso, precisamente, estamos en estos momentos de falencia y crisis. De allí que en todos los países existe la tendencia al establecimiento del seguro de salud. Y en donde no se puede llevar a la práctica, se está realizando el arancelamiento de los hospitales".*⁶⁸

Pero el modelo de Consigli no constituía una tabla rasa. En realidad, se basaba en el diseñado por Holmberg y Mondet, aunque introducía sobre el mismo una significativa modificación: en lugar de dar al Estado un papel protagónico, la responsabilidad de proveer de servicios de salud a la población recaía en las asociaciones intermedias. Así, el modelo original de hospitales de comunidad aparecía resignificado: esto llevaba a pensar que "los hospitales de referencia sean manejados no por el Estado solamente, sino por la municipalidad, los sindicatos, los clubes, todas las fuerzas vivas, las fuerzas que intervienen en la vida de una comunidad".⁶⁹ Por su peso político y su mayor poder de negociación, fueron los sindicatos los que terminaron siendo el único actor capaz de intervenir en el sistema de salud.

En el Neuquén de inicios de 1970, en medio de los procesos y reconfiguraciones de las urdimbres sociopolíticas desencadenadas por el anuncio de la renuncia anticipada del Interventor Federal Ing. Rosauer y los dimes y diretes del futuro reemplazante, se promulgaba, el 30 de enero de ese año recién iniciado, la Ley 611. Ello implicaba la creación del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), integrado por la Caja de Previsión Social de la Provincia -surgida por la Ley N° 178- y la Obra Médico Asistencial

⁶⁸ *Río Negro*, General Roca, 14-11-1969, p. 11.

⁶⁹ *Ibidem*.

de la Administración -creada por la Ley N° 42-. El ISSN se constituye en el continuador jurídico de las mismas y sus funciones estarán destinadas a realizar, en todo el territorio de la provincia, los fines del Estado en materia de previsión y seguridad social.

Esto significó la confluencia de los aportes y contribuciones previsionales con los destinados a la obra social, estableciendo los fundamentos de un esquema que, dada la escasa cantidad de jubilados de la administración, garantizaría la permanencia del ISSN. A la nueva institución, el Estado neuquino delegaba las funciones de previsión y seguridad social que, hasta esa fecha, habían estado bajo su control.⁷⁰

En una provincia donde la actividad estatal adquiría una presencia decisiva en la conformación de la sociedad, el diseño de un servicio de salud con prestaciones privadas para la totalidad de la administración pública, tanto provincial como municipal, tendría importantes consecuencias en el futuro. La normativa, que definía al ISSN como una obra social abierta y arancelada, reconocía a los afiliados el *"derecho a la libre elección de los profesionales de las ciencias médicas"* y a estos últimos, la *"percepción de aranceles que se establezcan por retribución de los servicios que se presten o con los importes que se determinen"*.⁷¹ A partir de estos fundamentos, se iniciaría un largo proceso de gestación de vínculos entre el Estado como agente de financiación y el sector privado, por intermedio de la obra social provincial. Esa trama de relaciones se potenciaría en las décadas siguientes, alcanzando su máxima expresión a partir de mediados de los años noventa.

Los orígenes del Plan de Salud

El 23 de enero de 1970, la prensa local informa que Rosauer había elevado su renuncia como Gobernador Interventor Federal de

⁷⁰ "Artículo 97º: Están obligatoriamente comprendidos (...) como afiliados directos del servicio, todos los funcionarios, empleados, agentes, obreros jornalizados, contratados, cadetes y suplentes, (...) los funcionarios y demás personal de los Municipios y Comisiones de Fomento adheridos, el personal de las reparticiones autárquicas, de las sociedades del Estado Provincial, de las Empresas del Estado Provincial, y los jubilados, pensionados y retirados de la Administración Pública Provincial y de los municipios adheridos. En el carácter de afiliados adherentes podrán solicitar su incorporación al Instituto (...) las personas que trabajen en relación de dependencia (...) siempre y cuando se adhieran por intermedio de los respectivos órganos estatales o de las entidades gremiales o mutuales con personería gremial o jurídica que los agrupe." Ver: Provincia del Neuquén Instituto de Seguridad Social del Neuquén Ley N° 611 (*Texto Ordenado 1982*) con las reformas introducidas por las Leyes N° 1951, 2025, 2132 y 2241.

⁷¹ Ley N° 611/70, art. 96 y 98.

Neuquén y que la misma sería aceptada por Onganía. La gestión de aquél se había visto debilitada por dos episodios. El primero de ellos fue la controversia que despertó el desalojo de antiguos pobladores rurales en el norte de Neuquén, como consecuencia de la toma de posesión de nuevos propietarios. Esto se manifestaba de forma particularmente grave en Guañacos y en el Cajón del Curí Leuvú, en momentos en que se *"difunde la imagen de desarrollo y progreso dinámico de una provincia nueva, con renovada mentalidad, empeñada en encontrar la salida económica e integrarse al consenso nacional"*.⁷² El segundo aspecto se derivó de la denuncia de irregularidades en la construcción de las termas de Copahue, proyecto cuya realización fue calificado de negociado debido a la sobrefacturación y su imprevisto derrumbe.⁷³

El mismo día se informaba que uno de los candidatos a ocupar el cargo de interventor era el Dr. Ernesto Olmedo Berrotarán⁷⁴, quien ya había mantenido un encuentro con el Jefe de Estado.⁷⁵ Para algunos sectores de la sociedad neuquina, esa posible designación era objeto de críticas porque surgía sin previa consulta a los primeros. En un telegrama enviado a Onganía, la Federación Económica de Neuquén y la Asociación del Comercio, Industria, Producción y Afines del Neuquén manifestaban (previo al nombramiento del nuevo gobernador):

*"Rogamos a vuestra excelencia escuchar [la] opinión [de las] fuerzas vivas sobre [los] intereses provinciales [y] solicitamos respetuosamente a vuestra excelencia urgente audiencia para ser informado antes [de la] decisión."*⁷⁶

⁷² *Río Negro*, 16-02-1970, p. 11.

⁷³ "La extensa nota, distribuida en esta capital, formula cargos contra la empresa contratista Atilio J. Alippi y Cía. y el gobernador de la provincia (...) Rodolfo Rosauer, aceptó que la empresa constructora modificara –sin llamar a nueva licitación– las especificaciones técnicas y así por ejemplo, en cambio de las cabriadas de cemento se utilizaron endeble tirantes de hierro; se alzaron paredes con ladrillos de canto y se techaron los edificios con frágiles chapas de aluminio. Resultado de ello fue que al producirse el deshielo apareció tumbado todo lo edificado y destruidas todas las nuevas instalaciones. Es obvio que los cambios en las particularidades de la obra (...) fueron las causas determinantes del desastre". *Río Negro*, General Roca, 17-02-1970, p. 5.

⁷⁴ Ernesto Olmedo Berrotarán había desempeñado el cargo de subsecretario de gobierno durante la gestión de Onganía.

⁷⁵ *Río Negro*, 23-01-1970, p. 24.

⁷⁶ *Río Negro*, 24-01-1970, p. 24.

Desde los primeros días de febrero, el presidente Onganía disfrutaba de unos días de descanso en El Messidor, residencia oficial del gobernador de Neuquén en Villa La Angostura. Durante su estadía y ya conocida la renuncia de Rosauer, se inicia el "operativo" de recambio del gobierno provincial. En busca de diálogo con las "fuerzas vivas" de la sociedad neuquina, Onganía identificó en Sapag el mejor representante de aquellas, entendiéndolo que detentaba un "liderazgo natural" en la provincia.

Fue así que, desde su lugar de descanso, Onganía convocó el día 19 a Felipe Sapag para mantener un encuentro en la localidad lacustre. Como Sapag recordaría años más adelante:

"[En esa oportunidad] el mandatario me expresó su preocupación acerca de cómo se desarrollaba en general la acción del gobierno provincial del Neuquén. Posteriormente, el señor presidente se refirió en particular al grave conflicto generado por los trabajadores de las obras del Chocón, (...) cuya persistente huelga creaba graves problemas".⁷⁷

Según la prensa local, en dicho encuentro:

"Sapag habría informado sobre los problemas de esta provincia y el teniente general Onganía se habría mostrado sorprendido, ya que pensaba que Neuquén era un 'polo de desarrollo nacional', según los informes especiales".⁷⁸

En la opinión de Sapag, esto último podía ser cierto en el caso de la capital provincial, pero era completamente distante del panorama reinante en el interior. Como resultado de esta entrevista, Onganía ofreció a Felipe Sapag el cargo de Gobernador. De esta manera, se daba un resultado paradójico: el gobernador que en 1966 había sido depuesto por la "Revolución Argentina", era designado por ésta para tomar el mismo cargo a partir de 1970.

Dicho ofrecimiento despertó críticas, sobre todo en los sectores ligados al Partido Justicialista, ya que el gobierno nacional incorporaba a un representante del "neoperonismo", tendencia que profesaba la doctrina de Juan Perón pero postulaba independencia respecto del líder exiliado. Para los peronistas neuquinos, la

⁷⁷ Sapag, Felipe, *op. cit.*, p.121.

⁷⁸ *Río Negro*, 24-02-70, p. 24.

designación de Sapag no revelaba otra cosa que *"un evidente intento del gobierno nacional de captar al movimiento peronista y lograr así una imagen popular"*.⁷⁹ En los círculos políticos locales se comentaba que, en un gesto para acercar posiciones entre las distintas facciones peronistas, Felipe Sapag le habría ofrecido el cargo de Ministro de Bienestar Social al doctor Ángel Romero, médico residente en la capital neuquina. Sin embargo, el hecho de que Romero finalmente rechazara la propuesta era un síntoma de que ciertas diferencias políticas al interior del peronismo eran ya irreductibles.

El miércoles 25 por la noche, Felipe Sapag fue oficialmente designado gobernador del Neuquén, en reemplazo de Rosauer, a quien se le aceptó la renuncia que había presentado en el mes de enero.⁸⁰ La noticia produjo festejos y una caravana de autos por la principal arteria de la ciudad, por parte de los simpatizantes del MPN. La crónica de la prensa regional decía:

*"Varios automóviles y camiones con personas que gritaban 'Uno, dos, tres, Felipe otra vez' recorrió las calles más céntricas de esta ciudad, al conocerse la designación del señor Felipe Sapag como nuevo gobernador de la provincia del Neuquén. (...) Llegaron a cantar canciones alusivas referidas a la asunción del nuevo gobernador, así como la marcha 'Los Muchachos Peronistas'".*⁸¹

Para los simpatizantes regionales de la "Revolución Argentina", la designación de Sapag era considerada como algo completamente imprevisto y un acto por el cual *"el presidente de la República ha infligido a sus colaboradores neuquinos una humillación sin precedentes"*.⁸² Para esos sectores no quedaba claro si la decisión había respondido a un intento de incursión en el *"tiempo político"*, mediante la incorporación de referentes de raigambre popular, o si se trataba de un hecho aislado. Pero de lo que no había duda era de que el movimiento de Onganía había *"provocado desconcierto en sus propias filas y expectación en la opinión pública, interesada sobre el futuro cauce que seguirá la Revolución en busca de la salida política, si es que la pretende, y las reglas de juego del porvenir argentino"*.⁸³

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ *Río Negro*, 26-02-70, p. 24.

⁸¹ Ibidem.

⁸² *Río Negro*, 28-02-70, p. 10.

⁸³ Ibidem.

Más allá de las diferentes posiciones en torno a la designación de Sapag, la decisión de Onganía permitió al MPN volver a tomar las riendas del Estado provincial. Desde 1970 a 1973, el gobierno de Sapag desarrolló una serie de medidas que le permitieron consolidar una estructura partidaria y un firme liderazgo, que posteriormente se convertirían en importantes ventajas de cara a una futura salida electoral. Entre esas iniciativas se destacaban algunas como la expropiación del Valle de Guañacos y la distribución de sus tierras entre los antiguos habitantes, la inauguración del aeropuerto internacional de Neuquén y la creación de la Universidad Nacional del Comahue.⁸⁴ Sin embargo, en particular, una de esas medidas terminaría convirtiéndose en un emblema de las políticas de bienestar impulsadas por el MPN bajo el liderazgo de Sapag.

El 15 de setiembre de 1970, Alberto Del Vas, Ministro de Bienestar Social de Neuquén, presentó un informe que describía el programa de acción para el sector salud que debía desarrollarse a partir de ese año. Los objetivos y estrategias planteados en el documento serían conocidos más popularmente con el nombre de Plan de Salud.

En su introducción de aquel informe, Del Vas destacaba que desde la asunción del nuevo gobierno, en marzo de 1970, el doctor Néstor Perrone había sido designado Director General de Salud, mientras que en la Dirección Materno Infantil se había colocado a la doctora Elsa Moreno. A estos dos facultativos, el ministro les había encargado la elaboración, en un plazo de noventa días, de un plan de salud para revertir, en el menor tiempo posible, los altos índices *"de enfermedades como la hidatidosis, la brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente en las agrupaciones indígenas, con altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial"*.⁸⁵ El objetivo aparecía tanto más urgente cuanto que la situación sanitaria que exhibía la provincia en 1970 se mostraba preocupantemente similar a la de 1960.

Durante esa década, se produjo un fuerte incremento del personal de atención sanitaria, que pasó de 6,6 a 23,9 cada 10.000 habitantes, lo que significó un aumento de 3,6 veces. En el caso particular de los médicos, en ambos subsistemas el crecimiento fue de 3,4 veces, transitando de 3,2 a 10,9 cada 10.000 habitantes

⁸⁴ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 130, 137, 164, 168, 172 y 186.

⁸⁵ GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, "El sector salud de la provincia del Neuquén", en KATZ, Jorge y otros, *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, FCE, 1993, p. 83.

(Cuadros 2 y 5). De todas formas, esa expansión del número de profesionales en el ámbito de toda la provincia se presentaba desigual en cada uno de los sectores. Mientras que en el subsistema privado la cantidad de médicos creció un 411%, en el público lo hizo en un 167%. Es decir, el número de profesionales privados creció a una tasa 2,5 veces superior a la de los facultativos del sector público (Cuadro 06).

Cuadro 5⁸⁶

1970							
Provincia de Neuquén							
Cantidad de recursos humanos según sectores del sistema de salud							
Habitantes	154.570						
Sectores	Mé dico	Bioq/ Far.	Odon tólogo	Enfer mera	Sub total	Otros	Total
Público	90	11	18	250	369	318	687
Privado/Ob.Soc	79	5	4	84	172	162	334
Total	169	16	22	334	541	480	1.021
%							
Público	53	69	82	75	68	66	67
Privado/Ob.Soc	47	31	18	25	32	34	33
Total	100	100	100	100	100	100	100
Cada 10.000 habitantes							
Público	5,8	0,7	1,2	16,2	23,9	20,6	44,4
Privado/Obra Social	5,1	0,3	0,3	5,4	11,1	10,5	21,6
Total c/10.000 h	10,9	1	1,4	21,6	35	31,1	66,1

El aumento del número de profesionales que se desempeñaban en el sector privado fue alentado por el crecimiento de sanatorios y la creación de nuevas clínicas. Así, para comienzos de los años setenta, en la ciudad de Neuquén funcionaban el Hospital Ferroviario (79 camas), la Clínica Pasteur (82 camas), el Policlínico Neuquén (100 camas), la Clínica Mater Dei (34 camas) y la pequeña clínica de la Asociación Evangelista Médica Neuquina (12 camas).⁸⁷

⁸⁶ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. 1983, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

⁸⁷ GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 83.

“[En el interior de la provincia] existía el hospital de YPF en Plaza Huincul con 100 camas y capacidad instalada propia con atención exclusiva y excluyente para los agentes de YPF, el Hospital Militar en Zapala y en El Chocón con el Hospital de Hidronor.”⁸⁸

Cuadro 6⁸⁹

Variación % c/10000 h de 1960 a 1970							
Sectores	Médico	Bioq. Far.	Odontólogo	Enfermera	Subtotal	Otros	Total
Público	167	682	540	334	286	210	246
Priv/Ob.Soc	411	255	-5,2	25	49	506	135
Total	243	469	213	120	156	271	200

Esto hizo que, en las áreas donde estas instituciones funcionaban, se registrara que el promedio de consultas que cada médico atendía en un año descendió de forma considerable (se redujo un 32% y 64% en las zonas I y II respectivamente -Cuadro 8-). Algo parecido sucedió con el promedio de atenciones por enfermero, que disminuyó un 63% en la zona I y un 65% en la zona II (Cuadro 8).

Cuadro 7

1970 - Indicadores de atención por zona sanitaria					
Relaciones	I	II	III	IV	Total
Consultas/Médico/año ⁹⁰	2.284	1.950	3.428	1.904	2260
Consultas/Enfermero/año	913	702	669	784	813
Egresos/Médico/año ⁹¹	136	132	163	95	131
Egresos/Enfermero/año	54	47	32	39	47
Giro camas/año ⁹²	24	18	21	21	22
Camas/día /año ⁹³	103.660	47.815	22.265	22.630	193.670
Camas/día /ocup. x egreso ⁹⁴	15	20	17	17	16

⁸⁸ Idem, p.85.

⁸⁹ Elaboración propia en base a los cuadros 02 y 05.

⁹⁰ Total de consultas dividido por la cantidad de médicos en el período.

⁹¹ Total de egresos dividido por la cantidad de médicos en el período.

⁹² Total de egresos dividido por número de camas disponibles en el período.

⁹³ Total de camas disponibles multiplicado por los días del año (365).

⁹⁴ Total días de ocupación teórica de las camas en el año por egresado. Supone una ocupación teórica del 100%.

Otra prueba en este sentido la ofrece el menor tiempo promedio total de ocupación de camas por parte de los internados, que disminuyó un 38%: pasó de 26 días por paciente en 1960 (Cuadro 4) a 16 en 1970 (Cuadro 7). La caída más importante se dio en la Zona I, con un porcentaje del 52%: de 31 días de ocupación en 1960 se pasó a 15 en 1970.

Cuadro 8

Zonas sanitarias					
Variación % entre 1960-1970					
Relaciones	I	II	III	IV	Total
Consultas/Médico/año	-32	-64	-4	-4	-34
Consultas/Enfermero/año	-63	-65	50	-37	-55
Egresos/Médico/año	25	-37	-62	44	0
Egresos/Enfermero/año	-33	-38	-41	-7	-31
Giro camas/año	100	6	61	3	57
Camas/día /año	122	162	85	287	133
Camas/día /ocup x egreso	-52	-9	-39	-6	-38

Con todo, este crecimiento era insuficiente para responder a los desafíos que planteaba la situación sanitaria de la sociedad neuquina. En una población con altos índices de ruralidad, la concentración de los servicios médicos en las áreas urbanas que se expandían con la incorporación de nuevos habitantes, resultó incapaz de modificar la realidad de "*hambre y enfermedad*" que Sapag denunciara en 1963. En efecto, si en 1960 la esperanza de vida era de 47 años, una década después apenas llegaba a los 54 años. Las continuidades son aún más evidentes en el caso de la mortalidad infantil, que en 1960 era de 117 por mil y diez años después mostraba un preocupante 108 por mil (Cuadro 9). En 1970, este indicador mostraba su valor más alto en la Zona II (145,6 por mil), mientras que en la Zona I, donde se concentraban la mayoría de las clínicas del sector privado, registraba un elevado 90 por mil (Cuadro 9). Como puede verse, el crecimiento de lo privado no se tradujo en una mejora sensible de la situación sanitaria.

Cuadro 9⁹⁵

1970										
Indicadores sanitarios básicos										
Provincia de Neuquén										
Ítems	Composición Zonas Sanitarias									
	I		II		III		IV		Total	
Habitantes	93.853		26.824		14.312		19.581		154.570	
Personal	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h
Médicos	50	5,3	18	6,7	8	5,6	14	7,1	90	5,8
Bioquímico./Farm.	6	0,6	3	1,1	1	0,7	1	0,5	11	0,7
Odontólogos	11	1,2	2	0,7	2	1,4	3	1,5	18	1,2
Enfermeras	125	13,3	50	18,6	41	28,6	34	17,4	250	16,2
Subtotal At. Méd.	192	20,5	73	27,2	52	36,3	52	26,6	369	23,9
Otros Rec. Hum.	210	22,4	38	14,2	26	18,2	35	17,9	309	20,0
Total	402	42,8	111	41,4	78	54,5	87	44,4	678	43,9
Camas	284	30,3	131	48,8	61	42,6	62	31,7	538	35
Estab. C/Intern.	6	0,6	5	1,9	4	2,8	4	2,0	19	1,2
Estab. S/Intern.	5	0,5	1	0,4	4	2,8	1	0,5	11	0,7
Total Establec.	11	1,2	6	2	8	5,6	5	2,6	30	1,9
Cons/hab/año	114.179	1,2	35.107	1,3	27.426	1,9	26.657	1,4	203.369	1,3
Egreso/100 hab	6.779	7,2	2.373	8,8	1.303	9,1	1.328	6,8	11.783	7,6
Rel. Cons/egreso	16,8		14,8		21,0		20,1		17,3	
Mort. Infantil ‰	90,0		145,6		132,3		128,0		108,5	
Mort. General ‰	9,7		11,6		12,1		11,4		10,4	
% de fallecidos entre 0 a 4 años									42,1	
% de fallecidos entre 5 a 49 años									24,7	
% de fallecidos entre 50 y más años									33,2	
Expectativa de años de vida al nacer									57,4	

Un impulso más fuerte al ISSN no era visto como una solución factible, dado que el conjunto de empleados públicos era pequeño en relación con la población de la provincia. En 1970, el personal de la administración pública alcanzaba un total de 3.726 agentes para una población de 154.570 personas.⁹⁶ Además de su modesta magnitud, el personal de la administración pública se encontraba concentrado en el oriente de la provincia.

⁹⁵ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, *op. cit.*, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

⁹⁶ *Río Negro*, 02-02-1970, p. 10.

Todo esto hacía de dicha obra social una herramienta insuficiente para alcanzar a los pobladores de las áreas rurales y extender los servicios sanitarios a todo el territorio neuquino. Por esta razón, la apuesta por el subsistema público resultaba la única viable. Sin embargo, no se trataba tan solo de invertir más fondos sino que también era necesario reorganizar el conjunto del sector para atacar los problemas de manera totalizadora.

Para una provincia cuyas arcas no eran tan abultadas como lo serían en décadas posteriores, la combinación de niveles prestacionales de diferente complejidad representaba una buena estrategia de optimización de recursos.

Dado que era el único instrumento posible para trastocar la delicada situación sanitaria, resultaba necesario realizar un buen diagnóstico del subsistema público. Esto implicaba estudiar en profundidad la capacidad operativa de las instituciones existentes, su organización y sus niveles de complejidad y producción. Asimismo, debía examinarse el acceso de la población a los diferentes establecimientos, en función de las distintas condiciones geográficas y climáticas del territorio. Pese al crecimiento del número de médicos registrados en el subsistema público (de 24 en 1960 a 90 en 1970), la prestación de servicios en el sector seguía presentando problemas. En particular era notoria la debilidad en materia de atención primaria de la salud. Los once establecimientos sin internación existentes en 1970, los cuales correspondían a los niveles de complejidad más básicos, representaban una proporción de tan solo uno cada 14.052 habitantes. Por otra parte, el promedio de consultas que cada año atendía un médico en las zonas III y IV, donde el sector privado era inexistente, mostraba un claro panorama de sobrecarga: mientras que en la primera cada profesional atendía 3.428 pacientes, en la segunda hacía lo propio con 1.904 (Cuadro 7). Si se comparan estas cifras con los promedios registrados para 1960, se advierte que prácticamente no hubo disminución en el promedio de consultas anuales por facultativo, ya que en ambas zonas apenas se redujo un 4% (Cuadro 8). Como resulta evidente, en aquellas regiones, alejadas del Departamento de Confluencia, cuya población dependía de la atención sanitaria prestada por el Estado, el subsistema público revelaba situaciones difíciles de superar.

Los resultados de ese estudio condujeron a los especialistas a identificar áreas de atención prioritaria. Si bien se buscaba ampliar la capacidad de respuesta a la demanda espontánea en general, se ponía un especial énfasis en lo que respecta a maternidad y niñez. Ello se reflejaba en la necesidad de un mayor control sobre el

embarazo, la atención del parto en establecimientos sanitarios adecuados, la provisión de leche a madres y niños de hasta dos años y el seguimiento de su evolución posterior. A estas medidas se agregaban otras más generales, pero no menos importantes, tales como planes masivos de vacunación, asistencia alimentaria a grupos en situación de deficiencia nutricional, control de la tuberculosis y atención odontológica a los alumnos de establecimientos escolares. Pero si había un aspecto que resultaba crucial en el Plan de Salud era la importancia asignada a la educación sanitaria, con la que se perseguía que la comunidad tomara conciencia de diferentes prácticas preventivas. En definitiva, la acción del subsistema público debía dejar de ser meramente reparadora, para transformarse en una atención médica integral, en la que *"no sólo [se] cure enfermos sino que también se promueva la salud, se prevengan enfermedades, se proteja, se eduque y se rehabilite"*.⁹⁷

En la mirada de las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, estos objetivos sólo podían alcanzarse mediante el diseño de una nueva estructura organizativa para el subsistema público. De esta forma, el ministro Del Vas explicaba en la presentación de su informe que el sector se estructuraría en tres niveles –central, zonal y local-, basándose en el principio de la regionalización de las prestaciones. Esto implicaba la delimitación de cuatro zonas sanitarias que cubrían el territorio provincial y que estarían en la órbita de la Dirección General de Salud, cuyas políticas serían diseñadas a partir de cuatro áreas diferentes (atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales y administración).⁹⁸

La necesidad de contar con un control más estrecho sobre los distintos establecimientos del subsistema público, llevó al año siguiente a elevar el rango de aquella dirección, dando lugar a la creación a la Subsecretaría de Salud, al frente de la cual se nombró a Néstor Perrone. Al interior de la misma, además de las direcciones, emergería una instancia intermedia constituida por los jefes zonales y los directores de hospitales, quienes participarían en la formulación de los programas de equipamientos y en la determinación de las necesidades que iban surgiendo en cada zona sanitaria. De esta manera, la descentralización a nivel de zonas sanitarias se combinaba con la centralización normativa en la nueva subsecretaría. De acuerdo al informe de Del Vas:

⁹⁷ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 130-134.

⁹⁸ *Ibidem*.

*“El nivel central debe elaborar las normas y analizarlas con los niveles de ejecución. Posteriormente se adecuan, difunden y supervisan. (...) La estrategia seguida ha sido en todos los casos la implantación progresiva de las mismas a fin de lograr una mayor consolidación.”*⁹⁹

En función de las demandas planteadas por los jefes de cada una de las zonas sanitarias, se creó una oficina de arquitectura hospitalaria, que permitiría ir dando respuesta a las primeras. Esto se tradujo en una agresiva política de expansión de la infraestructura del subsistema público, a través de la construcción de nuevos hospitales (El Cholar, Tricao Malal, Las Ovejas, Loncopué, San Martín de los Andes), la remodelación y ampliación de otros (Chos Malal, Andacollo, El Huecú, Neuquén, Plottier, Centenario, Cutral Có) y la creación de nuevos puestos sanitarios (Huinganco, Varvarco, Manzano Amargo, Los Miches, Barrancas, Rincón de los Sauces, Curaco, Colipilli, Vista Alegre Norte, Vista Alegre Sur, Barrio Sarmiento, Angostura de Icalma, Caepe Malal, Cajón del Currileuvu, Taquimilán).

Este marcado crecimiento en términos de infraestructura se mostraba en desfase respecto a la disponibilidad de recursos humanos debidamente capacitados en cada una de las áreas. Esa necesidad se revelaba especialmente en el caso de los puestos sanitarios que no contaban con personal profesional. Ante este desafío, la solución diseñada desde el Ministerio de Bienestar Social consistía en la elaboración de guías de procedimientos, cuya puesta en práctica debía quedar bajo la supervisión de los jefes zonales.¹⁰⁰ De esta manera, frente a la necesidad de contar con un efectivo control sobre el conjunto del subsistema, el ministro Del Vas comentaba que uno de los objetivos prioritarios para 1971 consistía en *“poner en marcha mecanismos de supervisión regular y periódica que aseguren el control de calidad de las prestaciones.”*¹⁰¹ Como resultado de estas iniciativas, prácticas sanitarias como la de visita domiciliaria rural por agentes sanitarios, que ya habían sido introducidas en Neuquén a través de programas de salud rural, ganarían mayor impulso y eficacia dentro de la nueva matriz organizativa que implicaba la puesta en marcha del Plan de Salud.

Las palabras con las que Del Vas cerraba la presentación de aquel informe advertían sobre la magnitud del desafío que se

⁹⁹ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 130-134.

¹⁰⁰ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 130-134.

¹⁰¹ *Ibidem*

encomendaba a la cartera que dirigía, pero al mismo tiempo denotaban el rumbo que, a partir de entonces, caracterizaría a las políticas desarrolladas en materia de salud por el Estado provincial:

*"Entendemos que introducir la metodología de planificación a nivel de establecimientos es difícil y enfrenta gran cantidad de dificultades en todos los niveles, por falta de recursos humanos y materiales. Por tratarse de un proceso, esta primera etapa de la tarea corresponde a la racionalización de los recursos y toma de conciencia de que cuanto se haga debe responder a un programa orgánico que, por aproximaciones sucesivas, nos permita llegar a una verdadera programación en salud que, en el más breve plazo, revierta el grave problema sanitario de la provincia del Neuquén."*¹⁰²

Las importantes innovaciones que el Plan de Salud introdujo en la política sanitaria de la provincia no deberían llevar a perder de vista la relación de aquél con los modelos diseñados por otros especialistas. La influencia de los elaborados por los sectores tecno-burocráticos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, encabezados por Holmberg y Mondet, resultaba clara en el programa que se formula en el Neuquén de 1970. El propio Del Vas expresaba que, en la elaboración, habían sido utilizados *"todos los documentos nacionales elaborados a ese efecto"*.¹⁰³ Entre los materiales que circulaban entre los funcionarios del Ministerio conducido por Del Vas, destacaban sobre todo dos trabajos: *Modelo nacional de programación de actividades para establecimientos de atención médica* (1968) y *Guía para la clasificación de los servicios de atención médica* (1969), ambos elaborados desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

De tal manera, el Plan de Salud recogería varios aspectos de aquel modelo sanitario, que otorgaba al Estado un papel central y disputaba terreno a las corporaciones médicas y sindicales. En particular, la importancia asignada a la definición de zonas sanitarias y niveles de complejidad como criterios organizadores de la prestación sanitaria en el subsistema público, constituían significativas huellas de la inspiración obtenida a partir del trabajo de ciertos cuadros técnicos del gobierno nacional. Entre las recomendaciones que establecía la

¹⁰² Ibidem

¹⁰³ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 130-134.

Guía, destacaba la preocupación por “iniciar el ordenamiento de los Servicios de Atención Médica existentes de acuerdo al anexo citado, teniendo en cuenta el sistema de zonificación provincial y de regionalización nacional.”¹⁰⁴ Además, proseguía el documento, los servicios sanitarios que se crearían debían adecuarse a los niveles de complejidad determinados en las reuniones de trabajo que a tal efecto había desarrollado la Secretaría de Salud Pública de la Nación en enero de 1969.¹⁰⁵ Así, la *Guía* proponía el montaje de una estructura basada en “un espectro de complejidades en orden progresivamente ascendente, es decir de menor a mayor complejidad”, lo que permitiría adecuar los servicios sanitarios según “el agente efector que las realice, según la composición dada por las combinaciones de los agentes efectores que intervienen en cada prestación y también por la infraestructura que implica la actividad de cada agente efector”.¹⁰⁶ El nivel más básico de la atención médica se desarrollaría mediante la visita domiciliaria, el nivel medio funcionaría en la modalidad de consulta y el de mayor complejidad quedaba delimitado para todas las prestaciones que requiriesen la internación del paciente.

Definidas las zonas sanitarias y los diferentes niveles de complejidad en los que se reorganizaba el subsistema público, el Plan de Salud lanzado en 1970 pronto daría sus primeros resultados positivos. Estos progresos en materia de salud llevarían al gobierno provincial a redoblar la apuesta en el subsistema público y a potenciar el papel asignado a los especialistas en materia sanitaria. Según Osvaldo Pellín, por entonces recientemente designado Director de Atención Médica:

“En ese diálogo Felipe entendía y ¿por qué entendía? Porque a los pocos meses que él está en el poder, fuimos y le llevamos datos recientes: ‘Mire, don Felipe, con buenos registros la mortalidad infantil bajó de 120 a 70 por mil’. Y eso lo habíamos logrado con la vacunación antisarampionosa que se pudo hacer masivamente. Cuando Felipe ve eso y como tenía esa buena comunicación, empezó a hablar que podía mostrar que la salud que él estaba auspiciando era un buen logro para

¹⁰⁴ MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA NACIÓN, *Guía para clasificación de los servicios de atención médica*, Buenos Aires, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969, p. 3.

¹⁰⁵ *Idem*, p. 4.

¹⁰⁶ *Ibidem*

su gobierno. Le empezó a dar sogá y empezaron a venir las reformas de los establecimientos, las plantas físicas, la incorporación de personal especializado, tanto en el nivel técnico como en el de los servicios.”¹⁰⁷

Un balance también positivo de aquellos primeros resultados ofrecía el presidente Lanusse cuando, durante su visita a Neuquén a mediados de 1972, expresaba su satisfacción porque la *“lamentable situación que ha tenido que vivir la zona del noroeste de esta provincia (...) me ha brindado la oportunidad de verificar la coordinación armónica y la cooperación entre diferentes autoridades e instituciones del estado”*.¹⁰⁸ La misma ocasión era aprovechada por Lanusse para señalar no sólo su aprobación respecto del desempeño del gobierno provincial *“que lo he visto muy conocedor de los detalles sobre el mismo terreno”*-, sino también para destacar la posibilidad de que las autoridades civiles funcionaran *“en perfecto ensamblamiento con las autoridades militares”*.¹⁰⁹

La mejora que entre 1971 y 1972 ya comenzaban a mostrar algunos indicadores obedecía sobre todo al impacto que las nuevas políticas tenían en espacios donde hasta entonces no había existido atención médica. En áreas rurales del interior, principalmente, las medidas implementadas desde la Subsecretaría de Salud Pública comenzaron a modificar el estado de desprotección que pesaba sobre los pobladores. La exitosa puesta en marcha del Plan no sólo se debía a la grave situación sanitaria en aquellas regiones, donde poco hacía mucho. También respondía a que, en esos ámbitos, la aplicación de las nuevas políticas no encontraba obstáculos significativos.

Distinto fue el caso de las áreas urbanas –especialmente en la capital provincial-, donde importantes sectores de la corporación médica plantearon resistencia a la nueva organización que se estructuraba para el subsistema público. Muchos de los médicos que tenían cargos en los hospitales acostumbraban a derivar los pacientes hacia las clínicas privadas de las cuales eran miembros, haciendo de las instituciones públicas un espacio para la construcción de sus propias clientelas. En estas condiciones, la reorganización del subsistema público, que se derivaba de la implantación de un régimen de dedicación exclusiva y de un mayor

¹⁰⁷ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

¹⁰⁸ *Sur Argentino*, 18-06-72, p. 4.

¹⁰⁹ *Ibidem*

control sobre la práctica profesional, no podía sino despertar la resistencia de quienes se beneficiaban de la situación hasta entonces vigente, según lo narrado por Osvaldo Pellín, que además afirma:

“Estos profesionales creían que nosotros, armando el hospital de esta manera, con gente joven y bien preparada, casi de mayor nivel que ellos, les íbamos a quitar los pacientes. (...) Estaban en la inmediatez de sus ingresos cotidianos.”¹¹⁰

La oposición que muchos profesionales manifestaban contra los nuevos cuadros directivos –a los que acusaban de jóvenes inexpertos y, por lo tanto, interlocutores no válidos- *“se planteaba frente a la imposición nuestra para que se atendiera a la gente, para que no se rechazara la gente”*.¹¹¹

La resistencia de aquellos sectores médicos se transformó en conflicto hacia 1972, cuando todo hacía prever que el rumbo que se imprimía a los hospitales públicos se mantendría en los años venideros. Pocos días antes del inicio de un programa docente que la Subsecretaría había firmado con algunas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, aquellos grupos de profesionales que se desempeñaban en el hospital Castro Rendón – entonces conducido por el doctor Francisco Violante- aprovecharon para hacer explícito su repudio a la conducción de los organismos que marcaban los rumbos de la salud en la provincia. En esa tensión entre sectores de la corporación médica ligados a las clínicas privadas y aquellos otros que apostaban al fortalecimiento del subsistema público, el poder político jugó un papel determinante al dar un firme apoyo a estos últimos. Como el propio Pellín recuerda:

“[En los días previos a la llegada de los docentes de la UBA, el gobernador Felipe Sapag] vino, recorrió todo el hospital lleno de gente por todos lados, no les dio ni cinco de bolilla [a los médicos que protestaban] y nos dio un apoyo fundamental para que nosotros pudiéramos seguir adelante y eso transformó el hospital. Nuestras exigencias eran exigencias horarias, los médicos venían a la hora que se les daba la gana, no firmaban, se iban a

¹¹⁰ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007.

¹¹¹ Idem

*cualquier hora, no operaban a los pacientes, no atendían.*¹¹²

El respaldo que el gobierno de Sapag dio a los cuadros técnicos a quienes había otorgado amplias facultades para el diseño y la dirección de nuevas políticas sanitarias, fue decisivo para la continuidad del Plan de Salud.

En base al respaldo político que recibió, éste pudo afirmarse como columna vertebral de las políticas sanitarias para el subsistema público, manteniéndose sin cambios significativos y consolidando su imagen positiva conforme avanzaban los años. Sus diferentes grados de centralización normativa y descentralización ejecutiva, la articulación de prestaciones en niveles crecientes de complejidad, la definición de zonas sanitarias, el énfasis puesto en la atención primaria de la salud y el régimen de dedicación exclusiva para los profesionales del sector, representaron los fundamentos principales de un modelo de organización que lograría inclusive sobrevivir el embate de las políticas aplicadas entre 1976 y 1983. Al menos hasta finales de la década de 1980, el sistema cimentado en el Plan de Salud seguiría mostrando un adecuado funcionamiento, alimentando una representación casi mítica de aquél como testimonio de compromiso con la salud pública.

Sin embargo, al mismo tiempo se iría desarrollando un sistema de prestaciones de salud por parte de consultorios privados, lo que fue posible gracias a la mediación financiera de las obras sociales. Un papel central en ese sentido desempeñaría, desde su creación en 1970, el ISSN. Favorecido por un constante aumento de la cantidad de empleados de la administración pública y por los salarios de estos últimos –en promedio, mayores a la media de la población–, el instituto contó con una masa creciente de recursos canalizados hacia las clínicas privadas en función de las prestaciones que allí compraban sus afiliados. A través de los mecanismos instaurados por la Ley 611, el crecimiento de la planta de empleados públicos provinciales beneficiaría en forma directa a las clínicas privadas, alentando el desarrollo de intereses compartidos entre sectores de la administración estatal y los empresarios de la medicina.

Si hasta comienzos de la década de 1990 el subsistema público y el privado coexistirían como ámbitos paralelos, a partir de esa fecha se produciría un paulatino deterioro del primero y

¹¹² Idem

un progresivo fortalecimiento del segundo. Como veremos en los capítulos siguientes, en esa nueva transformación del sistema provincial de salud, el poder político jugaría un papel determinante al inclinar la balanza a favor de las clínicas privadas.

La salud provincial en una democracia convulsionada

El 11 de agosto de 1972, Felipe Sapag presentó su renuncia al general Agustín Lanusse, entonces al frente del gobierno nacional. Con esa decisión, Sapag buscaba postularse como candidato a gobernador del Neuquén para las elecciones generales a desarrollarse el 11 de marzo de 1973. Aceptada la renuncia, el presidente Lanusse designó como reemplazante a Pedro Salvatori, quien asumió el 23 de agosto de ese año.¹¹³

Hacia 1973, transcurridos poco menos de tres años de su puesta en marcha, el Plan de Salud ya se había convertido en una importante fuente de capital político. Una buena prueba de ello es que Sapag escogiera como compañero de fórmula a su ministro de Bienestar Social, Alberto del Vas, uno de los arquitectos de las nuevas políticas sanitarias. Finalmente, el MPN obtendría el triunfo en segunda vuelta, haciendo de Neuquén el único distrito donde el Frente Justicialista de Liberación fue derrotado.¹¹⁴

Para 1973, la cuestión de la Salud ya no formaba parte de la agenda de desafíos a resolver por la nueva gestión. En el mensaje de asunción que dio el 25 de mayo de ese mismo año, Sapag manifestaba:

“La política de salud ha sido revertida. Servicios hospitalarios, asistencia a la madre y al niño, preocupación constante por terminar con las enfermedades endémicas y prevención de la salud del pueblo, configuran otras tantas etapas de una labor cumplida en todas las poblaciones, sin excepción.”¹¹⁵

¹¹³ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, p. 187.

¹¹⁴ En primera vuelta, el MPN obtuvo el 49,8% de los votos, lo que condujo a una segunda vuelta. En esta instancia, el MPN se hizo con el 60,7% de los sufragios. *Sur Argentino*, 20-03-73; *Sur Argentino*, 16-04-73. Sobre este punto: FAVARO, Orietta y IUORNO, Graciela, “Los contradictores en la política neuquina. El clivaje de 1973”, *Anuario IEHS*, n 14, Tandil, UNCBA, pp. 497-516.

¹¹⁵ SAPAG, Felipe, *op. cit.*, p. 197.

Para el gobernador, los éxitos alcanzados respondían, sobre todo, a la eficacia de un subsistema público zonificado y organizado en función de niveles crecientes de complejidad. Los resultados de este modelo pronto se convertirían en uno de los pilares fundamentales de la legitimidad de un partido que hacía de la promoción del bienestar social una de sus principales banderas.

Para entonces, los retratos sobre la delicada situación sanitaria de la provincia se habían convertido en un recuerdo del pasado. En la mirada de los sectores técnicos, lo que ocupaba su atención ya no era los problemas que reclamaban solución, sino el perfeccionamiento de una maquinaria ya puesta en marcha. Esto se refleja en el informe que, en marzo de 1974, el Subsecretario de Salud, el doctor Ernesto Castillo, elevó al Ministerio de Bienestar Social. En el documento se realizaba una valoración positiva de las acciones efectuadas, al mismo tiempo que se indicaban las bases para su mejor funcionamiento, especialmente en la formación de recursos humanos:

"Se ha convertido al hospital público en una institución de jerarquía, cubriendo con médicos capacitados y tiempo pleno las áreas hospitalarias del interior y de la capital y ampliando los horarios de atención a los pacientes. En las áreas rurales, se han extendido las visitas médicas domiciliarias programadas desde los hospitales cabeceras para la atención primaria, capacitando y designando agentes sanitarios del lugar para dar continuidad a la relación del médico con el paciente. (...) Ha comenzado a funcionar el sistema de residencia médica en el hospital de Neuquén con el apoyo de la UBA. Se transforma así en hospital escuela, para brindar a los médicos recién egresados la oportunidad de capacitarse en medicina rural, especializarse en clínica médica, partos, pediatría y cirugía y estar preparados para asumir las direcciones hospitalarias del interior provincial, volcando su vocación al servicio de las comunidades de la frontera cordillerana."¹¹⁶

¹¹⁶ También menciona "que se han construido y habilitado nuevos hospitales en San Martín de los Andes, Piedra del Águila, Villa La Angostura, El Cholar, El Huecú y Picún Leufú y centro sanitarios en Taquimilán, Tricao Malal, Los Miches, Barrancas, San Ignacio, Añelo, Huinganco, y Varvarco. Y se ha remodelado los hospitales de Neuquén, Cutral Có, Zapala, Chos Malal y Andacollo". SAPAG, Felipe, *op. cit.*, pp. 202-203.

Esta seguridad estaba presente en el mensaje de Sapag a la Honorable Legislatura al inaugurarse el Décimo Período Ordinario de sesiones, el 1º de mayo de 1974. En su discurso, el gobernador no dedicó un apartado específico a la salud. Solo refirió a ella tangencialmente cuando mencionó las tareas desarrolladas en el ámbito de obras públicas. En esa oportunidad, remarcaba que la *"la Subsecretaría de Obras y Servicios Públicos ha desarrollado una intensa y ardua labor"*¹¹⁷, dentro de la cual era importante la construcción de hospitales y centros asistenciales. Pero si algo merece ser destacado de ese discurso es que marcaba el fin de la precariedad en materia sanitaria:

*"Desde 1970 la provincia lleva construidos 40 establecimientos asistenciales, con lo cual ha quedado parcialmente completada la infraestructura de distinta complejidad. La misma abarca centros periféricos, salas de primeros auxilios, postas y hospitales."*¹¹⁸

Se cerraba así el ciclo fundacional del subsistema público de salud en la provincia.

Sin embargo, esto no quitaba que se pensara en la posibilidad de fortalecer aún más a dicho sector, sobre todo en lo que respecta a su financiamiento. Es significativo que ya en los tempranos años setenta se advirtieran las posibles consecuencias de la transferencia de los aportes de los asalariados públicos al subsistema privado a través de la obra social provincial. De allí el interés de las autoridades provinciales por establecer convenios entre el ISSN y la Subsecretaría de Salud. En uno de ellos, puesto en práctica desde 1º de enero de 1976, se acordaba:

"...el compromiso de pago por parte del ente provisional (ISSN), a partir de todos los gastos que ocasionen al ente (Subsecretaría de Salud), los afiliados que deban ser atendidos en cualquier centro hospitalario dependiente de esta última. (...) [La firma del convenio se justificaba en el] alto grado de eficiencia alcanzado por el servicio hospitalario provincial en todo el ámbito del Neuquén", (...)] [pero sobre todo porque] "es también una forma de

¹¹⁷ *Idem*, pp. 207-208.

¹¹⁸ *Idem*, pp. 207-208.

reinvertir en el estado importantes fondos que hasta ahora se canalizaban únicamente en el sector privado.”¹¹⁹

La imposibilidad de consolidar esa relación entre el Estado y la obra social provincial condujo a que esta última terminara orientando sus recursos hacia el sector privado. Esto alimentó la transferencia de activos líquidos de origen público hacia el sector privado, configurando una lógica que no haría más que profundizarse en las décadas siguientes. Si esa dinámica generó una progresiva desfinanciación del subsistema público, al mismo tiempo muestra una posible salida a la crisis a partir del fortalecimiento de este último.

El sistema de salud en tiempos de dictadura: ¿Continuidad o ruptura?

El 24 de marzo de 1976 las fuerzas armadas irrumpieron en el Estado político que destituyó a Isabel Martínez de Perón. Una junta militar presidida por el general Jorge Rafael Videla usurpó el gobierno nacional e intervino todas las provincias a través de sus representantes. En la provincia del Neuquén, en 1976, fue designado como Gobernador de facto el coronel José Martínez Waldner, previo interinato del coronel Eduardo Contreras Santillán. Martínez Waldner se mantuvo en el gobierno entre 1976 y 1978, año en que asumió el general Manuel Domingo Trimarco, quien permaneció en el cargo hasta 1983.

En el sector Salud, el nuevo gobierno militar impulsaba una serie de medidas orientadas a la liberalización del sistema. El énfasis puesto en el desarrollo de la medicina prepaga y la transferencia de hospitales a las provincias implicaban un cambio de rumbo respecto de los modelos hasta entonces vigentes, especialmente de los diseñados durante la “Revolución Argentina”. Como recuerda Osvaldo Pellín:

“Lo que empezaba a aparecer en ese entonces con mucha fuerza era el hospital de comunidad en una versión mucho más privatista y más elitista que en la época de Onganía.”¹²⁰

¹¹⁹ *Río Negro*, 10-12-75.

¹²⁰ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

Ahora bien, ¿cómo afectaron estas políticas al sistema público de salud de la provincia de Neuquén?

Apenas ocupado el gobierno provincial, las autoridades de facto desplazaron a las elegidas en 1973 y con ellas también a los especialistas que dirigían el área sanitaria. Sin embargo, esto no implicó una modificación en el rumbo que inauguró el Plan de Salud de 1970. Por el contrario, para los representantes del gobierno militar, aquel modelo constituía algo que debía preservarse en función de sus buenos resultados, pero también un valioso botín que podría servir a la legitimación del nuevo régimen. De esta manera, los programas de medicina rural, la práctica de visita domiciliaria y los puestos sanitarios fijos en las áreas más alejadas de la geografía provincial, no experimentaron cambios significativos, como tampoco lo hicieron las zonas sanitarias ni los diferentes grados de complejidad.¹²¹ El mantenimiento de la misma estructura de prestación de servicios médicos era expresado por Héctor Jorge, Ministro de Bienestar Social de Neuquén:

"Nuestros sectores de salud están distribuidos de tal forma que se van delimitando las patologías. (...) por ejemplo en un hospital de cordillera, indudablemente de pequeña complejidad, se atiende mediante este sistema toda patología. Un médico selecciona todos aquellos casos posibles de atender en un hospital y deriva las otras características hacia hospitales de complejidad mayor, como puede ser el hospital cabecera de zona. En éste nuevamente se seleccionan las patologías que pueden atenderse de manera que el resto es enviado a Neuquén capital, siendo éste el hospital de derivación provincial."¹²²

Que el Plan de Salud hubiera sido creado por las autoridades depuestas no les impedía a las que asumían el control de la provincia propiciar la continuidad del mismo. En una conferencia de prensa en abril de 1978, el Subsecretario de Salud, el doctor Luis Ottonello, al exponer sobre la mortalidad infantil, atribuía su caída a "un proceso iniciado en 1970 a través del programa efectuado por la doctora Moreno y otros funcionarios" y reafirmaba la idea de "colocar al médico lo más cerca posible del paciente".¹²³ En el

¹²¹ Río Negro, 05-02-78.

¹²² Río Negro, 19-04-78.

¹²³ Río Negro, 29-04-78.

mismo evento remarcó la importancia de la atención primaria de la salud, explicando el papel de los agentes sanitarios:

*"[Los agentes sanitarios tendrán] un radio determinado que recorrerán permanentemente [y] serán los encargados de detectar problemas de salud y sociales de las poblaciones rurales y de efectuar entrega de elementos y atenciones primarias. Luego los médicos orientados por su labor, efectuarán las atenciones necesarias, mientras los inconvenientes de orden social serían derivados a los organismos respectivos."*¹²⁴

La eficiencia que las autoridades del gobierno militar reconocían en el modelo neuquino de salud pública, los llevó inclusive a propiciar la extensión de esa experiencia más allá de los límites provinciales. En una reunión celebrada en la ciudad de Mendoza en abril de 1978, Ottonello sugería que *"el hospital de esta capital (Neuquén) fuera considerado como hospital regional"*, para el espacio conformado por el noroeste del Chubut, la zona de Bariloche y el Alto Valle de Río Negro y Neuquén.¹²⁵ Concluía la presentación de esa propuesta afirmando:

*"Este es el sistema que deseamos [para] resolver nuestros problemas en una región que se llamaría Comahue, norte patagónico o, como en definitiva y en acuerdo general, se la designe con tal fin."*¹²⁶

Para esos años, ya era vista como una experiencia modelo por numerosos especialistas. En octubre de 1978, se realizó en Neuquén el lanzamiento de una serie de cursos de administración de servicios de salud, dictados por la Organización Panamericana de Salud (OPS). En esa oportunidad, el director de la misma, el doctor López Ferrer, señalaba:

"[El objetivo de la capacitación era el de] perfeccionar los sistemas para los cuales se ofrece el servicio y establecer un sistema de racionalización de la aplicación de los recursos que permita su mejor utilización [y] que permita que no haya desperdicios de recursos con el fin de poder

¹²⁴ Río Negro, 29-04-78.

¹²⁵ Río Negro, 19-04-78.

¹²⁶ Ibidem.

extender la protección de estos sistemas a un mayor número de personas."¹²⁷

La elección de Neuquén como anfitriona no era caprichosa, sino que partía del reconocimiento que en dicha provincia se habían desarrollado políticas que respondieron a aquellos propósitos.

Esa valoración positiva del sistema provincial de salud no desapareció con la llegada en 1978 del sucesor de Martínez Waldner, el gobernador Trimarco. Eso mismo fue lo que condujo al nuevo mandatario a no modificar drásticamente los cuadros técnicos del sector y hasta propiciar la designación de algunos de ellos en puestos claves. Este fue el caso del nombramiento de Alberto Manuel Fernández, afiliado del MPN, como ministro de Bienestar Social. Lo mismo ocurrió con el doctor Antonio García, uno de los médicos ligados a la elaboración del "Plan de Salud", quien fue puesto al frente de la Subsecretaría. Asegurar la continuidad de dicho plan no era un objetivo exclusivo del gobierno militar. Ello también era importante para los propios profesionales del sector:

*"Nosotros teníamos un gran compromiso con el sector por la continuidad técnica y Antonio García era un hombre bien formado (...) Antonio fue al sacrificio y es el día de hoy que algún desubicado le dice que colaboró con el proceso, pero él mantuvo la continuidad del sector."*¹²⁸

Inclusive las políticas promovidas en el área por el nuevo gobierno tenían en 1970 su punto de referencia. Los programas de capacitación materno-infantil y de maternidad e infancia, relanzados hacia fines de 1978, se venían desarrollando desde principios de los años setenta. En el mismo sentido, el nuevo ministro de Bienestar Social, Alberto Fernández, buscaba mantener el timón en el mismo rumbo, señalando:

*"Haremos todo lo que está a nuestro alcance para fortalecer la estructura del sistema de servicios de salud, de tal forma que las prestaciones se correspondan en número y complejidad a las necesidades de la población."*¹²⁹

¹²⁷ *Río Negro*, 11-10-78.

¹²⁸ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

¹²⁹ *Río Negro*, 26-01-79.

La forma de hacer extensiva la atención sanitaria a toda la población se lograría mediante *"una enfatización en las actividades de atención primaria que cubren a las poblaciones rurales y suburbanas de cuya protección tenemos conciencia, hoy es incompleta e insuficiente"*.¹³⁰

A esta continuidad programática se sumaba la inyección de recursos provenientes de la órbita nacional, los cuales se incrementaron cuando los fantasmas de una guerra con Chile ponían a Neuquén en el centro de la atención. Esto condujo al gobierno militar a impulsar la creación de nuevos hospitales en localidades del interior, como Chos Malal y Cutral Co, y de un centenar de centros sanitarios a lo largo de la línea de frontera. Por otra parte, en el hospital de máxima complejidad de la provincia se realizaron fuertes inversiones en infraestructura y equipamiento.¹³¹ Esto dio lugar a la construcción de un monoblock de cinco pisos para la instalación de un equipamiento de alta tecnología entre 1978 y 1982.¹³²

Pero no sólo la controversia con el vecino trasandino movilizó los recursos nacionales sino también la propia caracterización que el gobierno militar hacía del plan de salud, en cuanto dispositivo factible de otorgar legitimación política al autoritarismo militar.

Paradójicamente, desde posiciones y fines diferentes, los argumentos de índole estratégica empleados por los militares fueron retomados por los profesionales comprometidos con el Plan de Salud para fortalecer el sector público. Para el subsecretario García, una mayor inversión en los hospitales haría posible enfrentar la oferta privada de prestaciones de alta complejidad. Si bien admitía que muchas de las prestaciones que el hospital de cabecera iba a brindar eran ya ofrecidas por instituciones privadas en el Alto Valle, jamás funcionaron *"como un centro de salud integral. De este modo evitaremos el constante deambular del paciente por las ciudades de la región"*.¹³³

¹³⁰ Ibidem.

¹³¹ *Río Negro*, 11-03-79.

¹³² *Río Negro*, 18-06-79. GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, "El sector salud de la provincia del Neuquén", en KATZ, Jorge y otros, *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, FCE, p. 82.

¹³³ *Río Negro*, 18-06-79.

La salud en la provincia de Neuquén en la década de 1970

Durante la década de 1970, la población de la provincia creció un 58%. Este incremento no fue homogéneo en todas las zonas sanitarias: mientras que la II -con cabecera en Zapala- creció un 26,6%, la I lo hizo en un 73,4%, con una fuerte concentración en la ciudad de Neuquén. La población urbana tampoco se distribuía de forma uniforme en la geografía neuquina: mientras que en la zona I el 89% de los habitantes residía en las ciudades, en los departamentos del noroeste (zona III) solo lo hacía el 25%.

Cuadro 10¹³⁴

Provincia de Neuquén						
Producto Bruto Geográfico 1970-1980 (en miles de pesos de 1970)						
Gran División	1970	%	1980	%	Var %	Inc.% paa
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	32.618	5,6	60.703	3,6	86	6,4
Explotación de minas y canteras	89.827	15,5	364.071	21,3	305	15,0
Industrias manufactureras	31.703	5,5	70.048	4,1	121	8,2
Electricidad, gas y agua	18.069	3,1	243.675	14,3	1.249	29,7
Construcción	144.585	24,9	149.629	8,8	3,5	0,3
Comercio mayor y menor, rest. y hotel	70.913	12,2	445.645	26,1	528	20,2
Trans., almac., y comunicación	27.250	4,7	32.355	1,9	19	1,7
Estab. finan.; seg.; Bs. Inm., y Serv.	90.280	15,5	194.561	11,4	116	8,0
Adm. Púb.; Ser. Soc. Púb.; Ser	75.760	13,0	148.805	8,7	96	6,9
Total	581.005	100	1.709.492	100	194	11,4
Población	154.570		243.850		58	4,7
PBG per cápita	3.759		7.010		87	6,4

Entre 1960 y 1970, la economía neuquina creció a un ritmo del 11,4% anual. En ese proceso, los sectores más dinámicos fueron el de "Electricidad, gas y agua" con 29,7% anual, seguido de cerca por el de "Comercio por mayor y menor, restaurantes y hoteles" con 20,2% anual y por el de "Minas y Canteras" con el 15% anual (Cuadro 10). Estas cifras muestran a las claras la consolidación de una matriz productiva dependiente de la exportación de recursos energéticos y con una escasa incidencia de

¹³⁴ Elaboración propia. Fuente: DIR. DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA PROV. DEL NEUQUÉN, *Actividad económica provincial. Provincia del Neuquén. Período 1970-1982.*

la industria y el agro. Esta dinámica generó desequilibrios sociales que intentaron ser subsanados a partir de una acción oficial que se nutría de recursos llegados mayoritariamente de la órbita nacional a través de regalías y coparticipación federal. En este sentido, el subsistema público de salud jugó un papel destacado, asegurando el acceso de los sectores más vulnerables a los servicios sanitarios elementales.

La adecuada respuesta del subsistema público a las necesidades de esa población, permitida por la continuidad del Plan de Salud, se refleja en una disminución significativa de la mortalidad infantil. Diez años después del lanzamiento de aquel plan, la mortalidad infantil se ubicaba en un 32 por mil, muy lejos del 108 por mil registrado en 1970 (Cuadro 11). Otro aspecto importante es la reducción de las diferencias entre las zonas. En 1970, las tasas oscilaron entre un mínimo 90 por mil y un máximo de 145,6 por mil. En cambio, en 1980, la variación iba de un mínimo de 29 por mil a un máximo de 46 por mil. Esto denota que, al menos en algunas dimensiones, las desigualdades regionales se atenuaron. Por otra parte, este marcado descenso de la mortalidad infantil hizo posible un incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 54 años en 1970 a 62 años en 1980 (Cuadro 11).

En gran medida, la evolución favorable en estos indicadores fue posible gracias a la expansión de la atención primaria de la salud. Los establecimientos sin internación, que prestaban los servicios de menor complejidad, avanzaron de 0,7 a 2,3 cada diez mil habitantes. Esto implicó un aumento general de 3,2 veces, que se manifestó con distintas intensidades: en Zona I fue de 3,4 veces; en la Zona II, de 6 veces; en la Zona III, de 1,5 veces y en Zona IV, de 9,2 veces.

Ahora bien, si atendemos a los establecimientos con internación, se advierte que su proporción cada diez mil habitantes disminuyó un 16,7% respecto de la registrada en 1970. Aunque, de todos modos, su cantidad aumentó, lo hizo a un ritmo bastante inferior al crecimiento demográfico. Lo mismo ocurrió con las camas disponibles cada diez mil habitantes, que descendieron en un 20 % respecto a las disponibles en 1970.

Cuadro 11¹³⁵

1980										
Provincia de Neuquén										
Composición zonas sanitarias										
Ítems	I		II		III		IV		Total	
	162.767		33.979		18.953		28.151		243.850	
Habitantes	Cant	cada 10000 h	Cant	cada 10000 h						
Personal										
Médicos	182	11,2	32	9,4	16	8,4	22	7,8	252	10,3
Bioquímico/Farm.	16	1,0	3	0,9	2	1,1	3	1,1	24	1,0
Odontólogos	22	1,4	4	1,2	5	2,6	6	2,1	37	1,5
Enfermeras	271	16,6	83	24,4	50	26,4	49	17,4	453	18,6
Subtotal At. Méd.	491	30,2	122	35,9	73	38,5	80	28,4	766	31,4
Otros Rec. Hum.	495	30,4	138	40,6	68	35,9	93	33,0	794	32,6
Total	986	60,6	260	76,5	141	74,4	173	61,5	1.560	64,0
Camas	302	18,6	159	46,8	116	61,6	105	37,3	682	30,2
Estab. C/Intern.	8	0,5	7	2,1	6	3,2	4	1,4	25	1,0
Estab. S/Intern.	28	1,7	8	2,4	6	3,2	13	4,6	55	2,3
Total Establ.	36	2,2	15	4	12	6,3	17	6,0	80	3,3
Consultas/hab/año	369.922	2,3	99.532	2,9	74.270	3,9	95.051	3,4	638.775	2,6
Egresos/100 hab.	10.216	6,3	3.572	10,5	2.841	15,0	2.670	9,5	19.299	7,9
Rel Cons/egreso	36,2		27,9		26,1		35,6		33,1	
Mort. Infantil ‰	29,2		38,0		32,6		46,0		32,5	
Mort. General ‰	5,1		5,4		4,3		6,0		5,4	
% de fallecidos entre 0 a 4 años									22,9	
% de fallecidos entre 5 a 49 años									26,1	
% de fallecidos entre 50 y más años									50,9	
Expectativa de vida al nacer años									61,9	

Dentro de este contexto general, es importante apreciar qué sucedió en el mundo de los profesionales. En cuanto al personal médico cada diez mil habitantes del sistema de salud estatal, para 1980 se incrementó en promedio un 77,6% (Cuadros 09-11). Lo que llama la atención de esta evolución es que, por primera vez, la proporción de médicos que trabajaba en el sector privado superó a la de quienes se desempeñaban en el subsistema público: los primeros pasaron a representar el 55% del total (Cuadro 12). Sin embargo, al igual que en las décadas anteriores, los profesionales privados estaban concentrados en la zona I, especialmente en

¹³⁵ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, *op. cit.*, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

ciudades como Neuquén, Plottier, Centenario, Cutral Co o Plaza Huinul. De esta forma, el sector público seguía siendo el único que extendía sus servicios a las zonas del interior provincial.

Cuadro 12¹³⁶

1980							
Provincia de Neuquén							
Cantidad de recursos humanos según sectores del sistema de salud							
Habitantes	243.850						
Sectores	Mé dico	Bioq/ Far.	Odon tólogo	Enfer mera	Sub total	Otros	Total
Público	252	24	37	453	766	794	1.560
Priv/Ob.Soc	305	45	35	335	720	704	1.424
Total	557	69	72	788	1.486	1.498	2.984
%							
Público	45	35	51	57	52	53	52
Priv/Ob.Soc	55	65	49	43	48	47	48
Total	100	100	100	100	100	100	100
Cada 10000 habitantes							
Público/10000 h	10,3	1,0	1,5	18,6	31,4	32,6	64,0
Pri-OS/10000 h	12,5	1,8	1,4	13,7	29,5	28,9	58,4
Total c/10000 h	22,8	2,8	3,0	32,3	60,9	61,4	122,4

En lo que respecta a la cantidad de consultas que en promedio cada médico atendía por año, la zona sanitaria I registró un descenso de 11% en 1980 en relación a 1970 (Cuadro N° 14), lo que puede atribuirse al crecimiento del sector privado. En cambio, allí donde la presencia de este último no era tan significativa por la reducida escala del mercado de servicios médicos, la proporción de consultas por facultativo no disminuyó sino que inclusive mostró un aumento. En las zonas II, III y IV se comprobaron incrementos del 59%, 35% y 127% respectivamente (Cuadro 14). Algo parecido ocurrió con las "consultas/enfermero/año" que, si bien se incrementaron de manera general en toda la provincia, lo hicieron de forma más intensa en las áreas recostadas sobre los Andes (zonas II, III y IV). Todos estos indicadores sugieren que, allí donde existía una escasa cantidad de personas con cobertura social, como era el caso de las regiones del interior, el sector privado no tenía estímulos para instalarse. En otras palabras, el sector privado no creaba su

¹³⁶ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, *op. cit.*, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

propio mercado sino que se nutría de los recursos de las obras sociales y en particular, como veremos más adelante, de aquella financiada por los propios empleados públicos. Esto hacía que las personas sin cobertura social solo recibieran atención por parte del subsistema público.

Cuadro 13¹³⁷

1980					
Indicadores de funcionamiento por zona sanitaria					
Relaciones	I	II	III	IV	Total
Consultas/Médico/año ¹³⁸	2.033	3.110	4.642	4.321	2.535
Consultas/Enfermero/año	1.365	1.199	1.485	1.940	1.410
Egresos/Médico/año ¹³⁹	56	112	178	121	77
Egresos/Enfermero/año	38	43	57	54	43
Giro de camas ¹⁴⁰	34	22	24	25	28
Camas/día /año ¹⁴¹	110.230	58.035	42.340	38.325	248.930
Camas/día/ocupadas x egreso ¹⁴²	11	16	15	14	13

Cuadro 14¹⁴³

Indicadores de funcionamiento por zona sanitaria					
Variación % entre 1970-1980 en zonas sanitarias					
Relaciones	I	II	III	IV	Total
Consultas/Médico/año	-11	59	35	127	12
Consultas/Enfermero/año	49	71	122	147	73
Egresos/Médico/año	-59	-15	9	27	-41
Egresos/Enfermero/año	-30	-9	78	38	-9
Giro de camas	42	24	14	19	27
Camas/día /año	6	21	90	69	28
Camas/día/ocupadas x egreso	-27	-20	-12	-18	-19

¹³⁷ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, *op. cit.*, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

¹³⁸ Total de consultas dividido por la cantidad de médicos en el período.

¹³⁹ Total de egresos dividido por la cantidad de médicos en el período.

¹⁴⁰ Total de egresos dividido por número de camas disponibles en el período.

¹⁴¹ Total de camas disponibles multiplicado por los días del año (365).

¹⁴² Total días de ocupación teórica de las camas en el año por egresado. Supone una ocupación teórica del 100%.

¹⁴³ BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, *op. cit.*, pp. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

A pesar de ese crecimiento en la carga de atenciones, es posible advertir una optimización de los recursos existentes. Si se observa el promedio de "giro de camas" –cantidad de egresos sobre el número de camas- aumentó en un 27%, teniendo su máxima expresión en la zona I con un 42% y la mínima en la zona III con un 14% (Cuadro 14). Lo mismo sucedió con la relación ocupación de camas/día por egreso, que descendió un 19% en toda la provincia, registrando su reducción más marcada en la zona I con una baja del 27%. En las zonas restantes, el descenso fue mucho menos pronunciado, siendo del 20%, 12% y 18% para las zonas II, III y IV respectivamente (Cuadro 14). Podríamos inferir, a partir de estos datos, que la vigencia del Plan de Salud en los años setenta hizo posible un aumento de la productividad de los médicos y enfermeros, a partir de una mejor utilización de los recursos disponibles para la atención de los internados. Si la zona sanitaria I registra mejoras más significativas, ello pareciera deberse a la mayor cantidad de médicos y camas existente debido a la presencia de numerosas clínicas privadas.

Este particular comportamiento que registra diferentes intensidades entre las distintas zonas sanitarias, amerita un interrogante primordial: ¿cómo fue posible que una matriz económica signada en esa época con el aporte de casi el 50% al PBG por parte del Estado, con un peso inmenso del nacional sobre el provincial y con un sistema provincial estatal de salud consolidado y con sobradas pruebas de eficacia y eficiencia, abonara las condiciones para el crecimiento del sector privado?

A partir de la ley nacional 18.610 y de la provincial 611 de 1970, se fue generando una masa de recursos, generada por los aportes de los sueldos de los empleados públicos a través de la obra social provincial, que fue alimentando la medicina privada en un proceso sigiloso y acumulativo. El mismo no fue percibido como una amenaza para el subsistema público, llevando a muchos actores a considerar una posible coexistencia entre ambos sectores. Sin embargo, en una provincia con una proporción creciente de empleados públicos, el paulatino desarrollo del ISSN fue forjando las condiciones materiales para el surgimiento de un mercado de servicios sanitarios cada vez más atractivo para el sector privado. De esta manera, la expansión de dicho mercado en las décadas siguientes fue posible por la financiación indirecta del Estado provincial.

Así, Neuquén ingresaría a la década de 1980 con un sistema de salud bifronte: de un lado, un subsistema público afiatado y ampliamente legitimado; del otro, un sector privado robustecido, alimentado por las obras sociales -fundamentalmente el ISSN-

sostenidas en los aportes de los trabajadores, tanto públicos como privados.

La década de 1980: el principio del fin del Plan de Salud

Tal como se resaltó en las páginas anteriores, en el período 1970-1980 alrededor de la mitad (PBG) era directamente generado por organismos y empresas públicas. En 1985, la "extracción de petróleo y gas" representaba el 26% y la rama "construcción" concentraba un 13,1% del producto, siendo la incidencia en esa rama de la "construcción pública nacional" el 61,5%. Si a estas dos ramas se le adicionaba "administración pública, defensa y servicios sociales y comunitarios" con un peso del 22,7%, las tres sumaban el 61,8%, prácticamente dos tercios del PBG.

Entre 1981 y 1989, las tres primeras ramas que producían la mayoría de la riqueza de la provincia eran: "extracción de petróleo y gas", "administración pública, defensa y servicios sociales y comunitarios" y "construcción". Ésta, en los años 1983, 1986 y 1987, se posicionó segunda en orden de importancia.

Durante este período, los pagos de las regalías, la coparticipación federal y las inversiones en la provincia por parte del Estado nacional se tornaron los elementos estratégicos para el funcionamiento de la matriz productiva. Los gobiernos del MPN, manteniendo la inercia, signaron el contenido de la conformación socioeconómica pensando que por simple "añadidura" se produciría un crecimiento auto centrado y auto sostenido.

Hacia finales de los años ochenta comenzaron a cambiar estas condiciones. A partir de 1987, se verificó una abrupta reducción de los ingresos públicos en concepto de regalías hidrocarburíferas. A partir de 1991, se inició en nuestro país un proceso masivo de privatizaciones que modificaría la forma de intervención del Estado y las relaciones entre las empresas con la economía en su conjunto.

A pesar de las drásticas transformaciones, desde el Estado provincial no emanaron acciones que tendiesen a diversificar y estimular un circuito económico autónomo. Un ejemplo de esto se evidenció en el período de gobierno de Jorge Sobisch entre 1991-1995, cuando en 1993 ingresó a las arcas del Estado provincial un adicional por un acuerdo con el Estado nacional de compensación de deudas (fundamentalmente regalías incorrectamente liquidadas) por 741 millones de dólares. Ese monto, similar a un presupuesto anual de la provincia durante esa época, fue utilizado en infraestructura (autopistas y en un polideportivo) y en la

recomposición salarial del sector público, pero, como veremos, con magros resultados en el subsistema público de salud provincial.

En el lapso 1980-1991, casi un 50% del valor agregado se originaba en ramas donde prevalecía el Estado, tanto provincial como nacional. A partir de 1992, se invierte dicha proporción y se acentúan las ramas de actividad donde prevalece la actividad privada, cambiando abruptamente las condiciones generales de los asalariados, por cuanto se modifican los contenidos de los Convenios Colectivos de Trabajo (CCT). De una situación de estabilidad en el empleo por lo estipulado en los CCT de las empresas públicas nacionales presentes en la provincia, se pasó a una situación de incertidumbre y precarización de las condiciones de trabajo y posibilidades de asociación sindical que van a incidir en la futura gobernabilidad del Estado provincial.

En lo referente al sistema de salud en la provincia, desde el inicio del período democrático, con la asunción de Felipe Sapag como gobernador en diciembre de 1983, prácticamente se prosiguió con el Plan de Salud iniciado en 1970, continuado sin grandes cambios por el régimen militar entre 1976 y 1983. Es decir, se advierte la permanencia de ese sistema de salud partido, en el cual convivían el sector público, la esfera de las obras sociales y la medicina privada. A este respecto, Osvaldo Pellín recuerda:

"[Horacio Lores, nuevo subsecretario de Salud, había formado] parte de la masa crítica del sector y mantiene una línea de continuidad. El estilo de conducción de Lores fue tratar de volver a las fuentes con bastantes dificultades, porque la cosa ya estaba compleja. ATE no tenía aún una fuerte presencia, la tarea de Horacio estuvo orientada a consolidar cierto estilo burocrático-administrativo-formalista. Me parece que a partir de ahí entra a debilitarse grandemente lo que se llamó la mística del sector salud; ya habían pasado 15 años..."¹⁴⁴

Pero los tres lustros no pasaron meramente, de 1970 a 1983 solo hubo gobiernos electos durante tres años y medio, todos lo demás fueron gobiernos militares de facto. El advenimiento de la democracia a fines de 1983 presentaba nuevas realidades con la emergencia de nuevos actores sociopolíticos, desde partidos hasta nuevas configuraciones sindicales. Este panorama también era percibido en Neuquén por las autoridades elegidas que asumieron en

¹⁴⁴ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007.

diciembre de 1983. La base de legitimación de las elites sociopolíticas y económicas se fue desplazando desde el manejo adecuado de los entornos inmediatos, aparatos estatales y paraestatales, al aseguramiento de lo único que valía para acceder al máximo poder político, ganar las elecciones, asegurarse la base electoral de manera casi continua, amasarla durante los períodos entre elecciones. En este sentido, se fueron percibiendo cambios de actitud:

"Felipe Sapag empieza a cambiar con el sector público, empieza a ver que ahora puede llegar a manejar electoralmente el sector. Desde el '83 en adelante él ve que la cosa en salud marchaba, estaba bien, que todos los años bajaba la mortalidad infantil, la gente se desvivía elogiando el sistema".¹⁴⁵

Como lo hemos manifestado en páginas precedentes, Sapag dejó paulatinamente de plantear el tema como prioritario. En otro sentido, Pellín, desde su personal visión, percibía ciertos interrogantes respecto al aseguramiento partidario de la tecnoestructura de salud por parte del MPN:

"¿Cómo es que aquí no hay muchos afiliados? ¿Sobre la jerarquía no hay ninguna seguridad de que sean del partido? Con los niveles intermedios, los jefes de servicios, ¿qué hacer? Felipe Sapag en el '83 lanza con Maidana el Programa Educativo Provincial (PEP); lo abortó porque escuchó a los 'viejos' y, por el otro lado, comienzan a emerger problemas como ser el de la competencia entre el sector de salud privado y público, que no se veía cómo resolverlo." ¹⁴⁶

Ambivalencias de prácticas. Lo deseado no realizado y lo realizado no deseado del todo

Pensamos que detener nuestra mirada en la gestión del Dr. Gustavo Vaca Narvaja tiene la ventaja de penetrar una configuración de gestión pública en la cual se entrecruzan el pasado, el presente y el futuro posible de ese entonces, los subsistemas de salud pública y privada-obras sociales de la provincia. En esa configuración,

¹⁴⁵ Idem

¹⁴⁶ Idem

maduran las semillas que fueron sembradas allá por los años setenta. Por otra parte, la misma configuración determina su gestión, que se hace controversial al articularse y condensarse en el espacio político: lo sedimentado en el Estado en los dispositivos de gestión, la nueva realidad de lo privado en salud, la disminución de los recursos y la latencia gremial evanescentemente mediatizada por la matriz de dominación política de los gobiernos militares que prevaleció entre 1970 y 1983.

Él mismo reconoce su controversial gestión al reproducir, en su *Informe...*¹⁴⁷, la carta de lectores que lo inspiró a escribir su "descargo". En dicha misiva se opinaba:

*"El actual ministro de Salud Pública de Neuquén, Dr. José Russo, ha expresado que no tiene intenciones de hacer revisionismo de la gestión pasada porque no posee tiempo ni ganas (...). Sin embargo, los que carecemos de esa obligación, sentimos la necesidad (...) de efectuar un somero balance del paso del Dr. Vaca Narvaja por el ministerio. (...) Particularmente, considero que luego de más de tres años de gestión es posible explicitar algunos de sus logros más notables: consiguió desestructurar el sistema de salud de la provincia (...). Desquició una organización eficiente para transformarla en la principal responsable del irracional incremento del gasto provincial en salud, al rodearse de una corte de seudotécnicos o seudopolíticos. Generó la desesperanza en el recurso humano, con el consiguiente deterioro de la identidad y el sentido de pertenencia a la institución, debido a sus actitudes autoritarias y llenas de contradicciones. Facilitó el deterioro del hospital público determinando la pérdida del rol prestador fundamental, facilitando las actividades altamente rentables de las 'empresas' de salud; todo ello con la excusa de la crisis nacional."*¹⁴⁸

¹⁴⁷ De aquí en adelante, la cita del libro de VACA NARVAJA, Gustavo, *Informe. Gastos en Salud. Crecimiento y avances (1897-1991). Políticas e Impactos*, se efectuará de la siguiente manera: constará apellido y nombre, título, mes y año de edición. No se registrarán: 1) lugar de edición por no constar; 2) número de página, ya que se imprimió sin la numeración de las mismas. Cuando sea factible, se registrará una fecha que, en algunos puntos desarrollados por el autor, constan al final del desarrollo de los mismos.

¹⁴⁸ VACA NARVAJA, Gustavo, *Informe. Gastos en Salud. Crecimiento y avances (1897-1991). Políticas e Impactos*, abril 1991.

Evidentemente las reacciones que produjo su intervención ministerial llevaron al gobernador Salvatori a una situación delicada, ya que tuvo que nombrar al Dr. José Russo como ministro de Salud Pública de Neuquén en mayo de 1991, a escasos meses de fenecer su mandato, en diciembre de ese año.

La gestión de Vaca Narvaja la podemos analizar desde varias dimensiones: 1) encuadramiento político del aparato estatal de salud, 2) modificación del sistema de salud provincial y 3) autonomización en la provisión de medicamentos e insumos de salud.

Encuadramiento político del aparato estatal de salud

De las mismas manifestaciones de Vaca Narvaja surge la gran resistencia interna que tuvo que soportar su accionar por parte de los factores de poder asentados en el subsistema de salud público provincial al convertir la Subsecretaría de Salud en Ministerio de Salud Pública, con los desplazamientos que significó el cambio en sí mismo, un proyecto muy cuestionado por las estructuras técnico-burocráticas y de poder, que serían desplazadas para intentar el cambio.

“Los reemplazos no se realizaron por ser incompetentes quienes ejercieron durante muchos años las conducciones. Se realizaron por la seguridad que para llevar a cabo un proyecto tenían que tener un grupo técnico convencido de todos las reformulaciones que teníamos que producir con muy cortos plazos de tolerancias. Confieso que nunca pensé que viviríamos y protagonizaríamos las crisis más profundas en la historia económica de la provincia, como así tampoco que antes de cumplir tres meses de gestión, tendríamos una huelga de 45 días salvajes y que todos los defectos y deficiencias del Sistema en los últimos 10 años serían incorporados a la “culpa” de esta nueva gestión.”¹⁴⁹

Él mismo reconoce su intemperancia y su convencimiento sobre los cuadros jerárquicos del ministerio y del sistema público, no servían para la nueva etapa y hasta justifica sus reacciones:

¹⁴⁹ Idem

*"Algunos de los factores de poder del sistema de Salud, que tradicionalmente han tenido una importante influencia y accionar hacia un nivel central, fueron 'agredidos' por nuestra propuesta y por supuesto, que su reacción no pudo ser caracterizada de suave o gentil."*¹⁵⁰

En otra de las visiones sobre el período que se inició en diciembre de 1987, la de Osvaldo Pellín confirma de alguna manera las circunstancias que se fueron recreando, con el agregado de la búsqueda del aseguramiento partidario de las estructuras de salud del gobierno provincial, para que semejante dispositivo de legitimación política no se forje objetivos políticos propios. Esto último era ya, para Pellín:

*"...una tendencia general del país, el gran criterio político que prevalece es el criterio electoral, el área de salud no era un área asegurada en cuanto a las adhesiones de los votos, a pesar que la gente en general, sin estar afiliada, era obvio que votaba mayoritariamente por el partido provincial, (...) probablemente estaban pensando en que ese era un lugar de reclutamiento para la gente del partido. Hasta ese momento, salvo el personal de servicios generales (mucamas, cocineras o gente de mantenimiento), desde enfermería para arriba, el ingreso era rigurosamente controlado por las autoridades de Salud. Lo que primaba era la idoneidad, entraban por concurso, se los evaluaba. Era un área donde realmente tomaban decisiones de manera preponderante en el sector Salud. Incluso las de defender posturas de gente de reconocida extracción opositora al partido provincial y defenderlos por su idoneidad para que se incorporaran."*¹⁵¹

Es interesante notar cómo coinciden las visiones de Pellín y Vaca Narvaja sobre la "vieja guardia", esa masa crítica intermedia, conformada por directores de hospitales, jefes de zona, personal superior de la subsecretaría conduciendo las direcciones y áreas técnicas. Para Osvaldo Pellín, ellos podrían haber continuado conduciendo. Para Vaca Narvaja, en cambio, ese "poder seguir conduciendo" iba en contra del logro de sus propios objetivos. Esa "vieja guardia" dominaba gran parte de los procesos de toma de

¹⁵⁰ *Ibidem*

¹⁵¹ Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

decisiones y operaciones de gestión protocolizadas. Pero eso mismo significaba un obstáculo al desarrollo del partidismo, nadie podía poner a cualquiera en cualquier lugar.

Desde otra perspectiva, el Dr. Gustavo García expone un panorama semejante al descrito por Pellín en lo concerniente a la caracterización de la impronta partidaria en los entramados relacionales del subsistema de salud estatal. Nos cuenta que, hasta fines de 1987, se desempeñó como director asociado y cirujano en el Hospital de Cutral Có, y que renunció a ese cargo por la tensión vivida en el ejercicio de su función.

"Aparte del conflicto existente entre los part time y los full time (...) la situación se pone intolerable, me acuerdo que un chofer de ambulancia se fue de joda y volcó con el vehículo, era una ambulancia nueva, abrí un sumario y el partido lo cubrió. Nosotros nos quedamos sin ambulancia y nos teníamos que 'banca' que él se nos matara de risa. Creo que ese fue el episodio que motivó mi renuncia como director."¹⁵²

Esta incidencia del partido gobernante en la gestión operacional del subsistema estatal de salud, coincide con otras narraciones, especialmente localizadas temporalmente a fines de la gobernación de Felipe Sapag, en la cual comienza a verse un matiz diferente en el funcionamiento del subsistema público de salud.

Continuando con su relato, cuenta el Dr. García que arribó a Neuquén en 1988, desde Cutral Có, y pasó a desempeñarse en el Hospital Castro Rendón como cirujano. Nuevamente aparece larvada la cuestión partidaria. Él, en ese tiempo, estaba afiliado al Partido Justicialista.

"Los cirujanos de aquí me trataron como la mona, cuando vine estaba Vaca Narvaja como ministro, él tenía una serie de secuaces que eran terribles, me despreciaron, me maltrataron (...) me hacían trabajar como un oso y gratis. Me hicieron hacer los primeros 6 meses tres guardias por semana gratis. Según alguna gente yo no estaba capacitado para operar en el hospital Neuquén. Estuve operando 7 u 8 pacientes por semana en Cutral Có y nunca tuve problemas técnicos y nada por el estilo (...) eso sí, militaba en otro partido político (...). Me tenían

¹⁵² Entrevista al Dr. Gustavo García, Neuquén, 08-10-07

contra la cuerda. En un determinado momento hubo una solicitada firmada por cuatro médicos del PJ, yo era uno de ellos. Me llama Vaca Narvaja y me dice: 'Vos firmaste la solicitada'. 'Sí', le respondí. Me pregunta: '¿Por qué la firmaste?' 'Porque soy peronista y porque firmo lo que pienso', le contesté. Me respondió: 'Había pensado porque te habían tratado tan mal.' (...) El tiempo pasó y seguí trabajando en el hospital Neuquén y las cosas mejoraron..."¹⁵³

Según García, recién incorporado como médico cirujano al subsistema público de salud neuquino, vivenció cambios trascendentales en la conducción del mismo.

"Fue una época sumamente conflictiva que tiene que ver también con el desplazamiento de la vieja generación sanitarista de la Subsecretaría de Salud. Cuando viene Vaca Narvaja echa a todos los que manejaban el sistema de salud, todo lo que era la burocracia oficial: a Fernando Leofanti, Russo, Horacio Lorens, Fernando Burgarelli, Antonio García, Marta Gigia toda esa gente se tuvo que ir de la subsecretaría y fue reemplazada y el reemplazo no fue lo mismo."¹⁵⁴

Todo parece indicar que el período de 1987 a 1991, para el subsistema de salud estatal, fue tan controversial como lo exponen los actores colisionantes desde miradas contrapuestas, pero, al mismo tiempo, nos indican y reflejan las cuestiones y problemáticas no resueltas, que cada vez más aparecerán como obstáculos o frenos para un desarrollo cualitativamente superior del sistema público de salud provincial.

Modificación del sistema de salud provincial

Vaca Narvaja, al exponer en su *Informe*¹⁵⁵ lo que había pensado realizar durante 1988, escribe sin hesitación alguna que su objetivo era canalizar los esfuerzos en el "*Seguro Provincial de Salud (SPS); recuperar el stock de insumos y reorganizar las Zonas Sanitarias*".

¹⁵³ Idem.

¹⁵⁴ Idem.

¹⁵⁵ VACA NARVAJA, Gustavo, *op. cit.*

¿De qué se trata este tan mentado SPS, que concitó tantos debates y acusaciones como las mencionadas al inicio del capítulo, motivando el *Informe* de “descargo”?

En primer lugar, digamos que el SPS propiciaría un sistema compartido, esto es:

“[Los tres subsectores -el público, el privado y el de las obras sociales- conformarían] *la síntesis del esfuerzo que actualmente realizan los tres subsectores intervinientes para brindar una medicina que contemple al hombre y su medio en la salud y en la enfermedad, asegurando una cobertura universal, igualitaria, participativa y de alta calidad, donde el Estado asume el rol de garante del sistema y genera los lineamientos de la política a seguir, concertando con las partes interesadas la cobertura, financiación, régimen de prestadores y control de eficiencia del sistema.*”¹⁵⁶

Debería contar con la participación activa del Estado, obras sociales, CGT, organizaciones empresariales reconocidas, prestadores y beneficiarios. Estaría garantizado el derecho del beneficiario a la libre elección médica e institucional, según la normatización diseñada por el SPS. Ahora bien, en su primera etapa, se abocaría a “*fortalecer las estructuras de los subsectores, propendiendo a promover la incorporación única a cada sector hasta su financiamiento óptimo, pudiendo éstos compartir las especialidades críticas y de alta complejidad, así como las excepciones que en especial se autoricen.*”¹⁵⁷

Quienes integrarían en la provincia del Neuquén el SPS serían:¹⁵⁸ 1) el *Subsector público*: con toda su infraestructura hospitalaria de complejidades II, III, IV, VI y VIII; 2) el *subsector privado*: con su capacidad instalada en ese momento en la provincia (Neuquén capital, Cutral Có, Plaza Huin cul, Zapala); 3) el *subsector obras sociales*: con sus servicios propios (fundamentalmente ADOS, Hospital Plaza Huin cul, Hospital Zapala).

En cuanto a su financiamiento, el SPS recibiría fondos provenientes de: a) la obra social provincial (ISSN); b) las obras sociales nacionales existentes en la provincia del Neuquén; c) los

¹⁵⁶ Idem.

¹⁵⁷ Idem.

¹⁵⁸ Idem.

autónomos; y d) un aporte del Estado para indigentes y los fondos que en el sistema de refinanciación se definieran.

El SPS se gobernaría con una estructura autárquica con facultad de dictar normas básicas laborales y de prestaciones asistenciales. Su estructura administrativa estaría conformada en un directorio con representatividad: 1) del Estado; 2) de los trabajadores; 3) de las obras sociales; 4) de los prestadores privados de salud.

Los beneficiarios obligatorios del Seguro serían todos los comprendidos en la Ley de Obras Sociales, previa formalización del convenio correspondiente, incluiría a los trabajadores en relación de dependencia del ámbito público o privado de la provincia del Neuquén; a los jubilados y pensionados provinciales y los del orden nacional por convenio; a los trabajadores autónomos que se adhirieran. Por último, como premonición de los efectos de las políticas neoliberales de la década del '90, a todos aquellos habitantes de la provincia con residencia permanente legalmente reconocida, sin cobertura médico-asistencial, que no acrediten relación de dependencia remunerada o carezcan de los beneficios previsionales. Los llamados "indigentes" de Vaca Narvaja formarían parte de este subconjunto social.

En el acápite "*Consideraciones finales sobre el seguro provincial de salud*", Vaca Narvaja desliza algunas consecuencias colaterales que se producirían en el sistema de salud resultante. La integración de los tres subsectores implicaría "*una adecuación de un nomenclador, vademécum y medios para una ejecución conjunta de la atención primaria de la salud; de acuerdo a los programas que establezca el Estado*"¹⁵⁹. Y continúa:

*"[No se propugnaría] la instalación o desarrollo de efectores de obras sociales. Este criterio para el Seguro Provincial de Salud se basa en un concepto integrador a favor de todos los sectores. Esta modalidad de los efectores de las obras sociales, termina inexorablemente como un beneficio exclusivista, que beneficia parcialmente y desnivela cualquier sistema de salud."*¹⁶⁰

Lo expuesto subsumiría los fondos de las obras sociales a una caja única, con un aporte relativamente menor por parte del Estado, pero manejado por éste, quedando en la práctica dos

¹⁵⁹ Idem.

¹⁶⁰ Idem.

subsistemas: el estatal y el privado. Este efecto colateral coincide con lo expresado por Vaca Narvaja cuando afirma: *"Nuestra postura es la integración entre el Estado y el sector privado, pero destacando que el primero de ellos, debe ejercer la conducción de los programas de salud."*¹⁶¹ El cierre de los efectos colaterales se sitúa en la centralización de los pagos de las prestaciones por parte del SPS, *"deberá tender a incorporar por las prestaciones realizadas por los tres subsectores, el pago de todas las acciones que genera la promoción y prevención de la salud."*¹⁶²

En definitiva, según este proyecto se realizaría una transferencia de los activos líquidos de los aportes y contribuciones de las obras sociales sindicales hacia los prestadores privados de salud y se solventaría parte del sistema estatal de salud, sin que aquellos mediaticen la relación; por lo tanto, significaría también una pérdida de poder por parte de los sindicatos. Eso sí, el Estado garantizaría la universalidad de las prestaciones, pero además se liberaría de una parte sustancial: la de presupuestar un sistema de salud estatal, ya que la mayor financiación provendría de las obras sociales y el Estado neuquino solamente contemplaría el seguro de salud de los indigentes, según el vocabulario utilizado por Vaca Narvaja.

Ahora bien, esto último ¿fue algo nuevo en Neuquén o ya había sido planteado conceptualmente en alguna oportunidad pasada? Si recorremos los primeros años del llamado Plan de Salud, allá por 1974, cuando dicha política pública había ya entrado en vigor, en el diario *Río Negro*, del 2 de mayo de 1974, apareció una solicitada firmada por el Colegio Médico de Neuquén dirigida al gobernador Sapag, en la cual los prestadores de salud privados expresaban que no querían sentirse excluidos del "mercado" de la salud y a tales efectos proponían algo homólogo a lo planteado por Vaca Narvaja en el año 1988-89 sobre el Seguro Provincial de Salud. La solicitada señalaba:

"Hemos expresado en innumerables ocasiones, la necesidad de instrumentar un solo tipo de medicina del más alto nivel, con la puesta a pleno rendimiento de todos los recursos existentes y la implementación de los que fueron necesarios para la obtención de un VERDADERO SISTEMA INTEGRADO, tanto en recursos

¹⁶¹ Idem.

¹⁶² Idem.

públicos como paraestatales y privados, concurriendo a una planificación única con el equilibrio que implica el sacrificio de un solo sector, conservando cada uno su individualidad jurídica y administrativa con limitación de la autonomía técnica en función de los requerimientos, de la propia planificación. Este sistema, sería una etapa intermedia hacia la materialización de un SISTEMA ÚNICO DE SALUD. (...)

Dicho criterio, fue elevado a las más altas autoridades de la provincia propiciando la creación de un CONSEJO PROVINCIAL DE SALUD para una conducción co-participada a la que deben tener acceso representantes de los tres sectores: estatal, paraestatal y privado; de los sectores populares y de los trabajadores de la salud. "

Vaca Narvaja había presentado, en 1988, catorce años después de esa solicitada, un diseño de política pública de salud que respondía a los intereses del Colegio Médico de Neuquén de aquel entonces y que por las intervenciones del Dr. Coronel¹⁶³, representando a la Federación Médica de Neuquén (Femeneu) en la reunión convocada por el Ministerio de Salud Pública para discutir la implementación del Seguro de Salud Provincial, actualiza los conceptos de 1974 del Colegio Médico de Neuquén. Entre otras cosas, sugirió el Dr. Coronel que la discusión "se oriente hacia la filosofía de la integración (...) que el SPS sea en realidad el Sistema Integrador de Salud"¹⁶⁴, manteniendo diferencias con el Dr. Gustavo Vaca Narvaja en lo referente a lo mecanismos más óptimos para la integración de los tres subsistemas.

El Seguro Provincial de Salud ni siquiera quedó sin efecto, ya que no se sancionó ninguna disposición legal, y el tema se fue desvaneciendo. En ocasión de un discurso efectuado por Vaca Narvaja en la inauguración del "Laboratorio Austral" en el año 1991, antes de dejar su cargo en abril de ese año, hace mención al SPS:

*"La no instrumentación del Seguro Provincial de Salud se debió a que no pudimos federalizar los fondos de la seguridad social que hoy se encuentran centralizados en el ANSSAL."*¹⁶⁵

¹⁶³ Idem

¹⁶⁴ Idem

¹⁶⁵ Idem

Autonomización en la provisión de medicamentos

Nos referiremos específicamente a la provisión de monodrogas, que, según los estudios de la época, representaban el 75% del gasto en medicamentos en el sistema público de salud. La reglamentación de la Ley Nacional de Medicamentos permitía a las provincias desarrollar políticas federales para la provisión de los mismos. En ese sentido, desde el inicio de la gestión de Vaca Narvaja se estuvo trabajando en ese proyecto:

*"...pasaron propuestas de asiáticos, canadienses y europeos. (...) La presentación que se adaptó a nuestro proyecto por suerte resultó ser Neuquino asociado a un laboratorio nacional."*¹⁶⁶

En el acto de inauguración del Laboratorio Austral en 1991, uno de sus directivos reseña, en el discurso de ocasión, la composición societaria de la empresa. Ésta surge de la asociación de *"dos empresas ligadas hace años a la industria farmacéutica argentina (...) Laboratorio Copahue S.R.L (...) pionero en el ámbito farmacéutico en la provincia del Neuquén (...)"*¹⁶⁷ desde hace 70 años, iniciado por la familia Salvadó y *"(...) Laboratorio Pablo Cassará S.R.L, fundado en los años 1948 por don Pablo Cassará, farmacéutico, y dedicado hace más de 40 años a la elaboración de productos medicinales"*.¹⁶⁸ El Laboratorio Pablo Cassará se autodefine como pequeña y mediana empresa farmacéutica, cuyos esfuerzos permanentes están orientados a la combinación de drogas y su logística y dada su flexibilidad de adaptación por su carácter de PYME farmacéutica puede generar ventajas importantes. Y continúa:

"[Por tal razón, la incorporación de tal configuración] permitirá a Laboratorio Austral elaborar un listado de monodrogas que cubrirá el 70% del listado básico de consumo de la provincia del Neuquén. Garantizando de esta manera no sólo una notable disminución en el gasto de salud en el área medicamentos sino también su normal abastecimiento y (...) garantizar la disminución

¹⁶⁶ Idem

¹⁶⁷ Idem

¹⁶⁸ Idem

*del precio de los medicamentos en un sistema de libre competencia.*¹⁶⁹

En ese mismo acto inaugural expone Vaca Narvaja, que, en lo referente a la relación Estado, empresa privada y salud, remarca:

*"[Es] la primera fábrica de medicamentos en la Argentina que promueve el Estado con su decisión política de encontrar mecanismos alternativos que ayuden a enfrentar la Emergencia sanitaria que vive el País y que la provincia del Neuquén, lejos de vivir una actitud de reclamación permanente, sigue proponiendo nuevos modelos en este caso particular sobre política de medicamentos."*¹⁷⁰

Reafirma que la provincia del Neuquén es producto de la estatalidad y de la actividad privada al manifestar:

*"Esta provincia fue planificada y ejecutada por el estado acudiendo al capital privado cada vez que sus proyectos en desarrollo alcanzaban la madurez necesaria para tentar la inversión."*¹⁷¹

Y como anticipándose a lo vendría después de 1991 con la presidencia de Carlos Menem y Domingo Cavallo como ministro de economía, sostuvo:

"El Estado en Neuquén es y ha sido no sólo eficiente sino perfectamente planificado en sus distintas áreas. El Estado podrá privatizar áreas y servicios de apoyo siempre y cuando no pongan en peligro la funcionalidad de los servicios esenciales que por nuestra constitución son indelegables. (...) Hoy la provincia del Neuquén inicia un nuevo camino, no será fácil, pero el convencimiento de que estamos correctamente orientados en buscar la racionalidad en el gasto de salud, tendrá que ser acompañado en el futuro (...) por las próximas

¹⁶⁹ Idem

¹⁷⁰ Idem

¹⁷¹ Idem

*administraciones con la instrumentación del Seguro Provincial de Salud.*¹⁷²

Para Vaca Narvaja, su propuesta del SPS es ínsita a su posición, en cuanto a la integración de los subsectores privado y público, subsumiendo a los efectores de salud de las obras sociales, pero hay que remarcarlo, desde una perspectiva sistémica, en la cual se articulan no sólo los prestadores de salud privados sino también empresas vinculadas a los medicamentos e insumos de salud. En su perspectiva sistémica aparece subestimado el poder sindical como totalidad actuante. No hay una adecuada ponderación del poder económico y político que había acumulado el sindicalismo nacional en el entramado de una actividad lucrativa más, como sería la "salud" en una economía capitalista.

La "integración" de los subsectores no aparece como práctica predatora, como podría ser la transferencia de fondos públicos a los privados a través de las derivaciones subrepticias que irían a ocurrir en la provincia a fines de la década del '90.

A pesar de todo

En medio de las controversias, en el período de Vaca Narvaja hubo un intento de perfeccionar el ordenamiento de las zonas sanitarias. Se creó el Área Metropolitana, que aglutinaba el Hospital Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón de complejidad VIII y el Hospital Bouquet Roldán de complejidad III, comprendiendo quince consultorios periféricos de complejidad II.¹⁷³

Se dividió la Zona I en Zona I a y Zona I b. La Zona I comprendía a los hospitales de complejidad IV de Centenario y Plottier; los de complejidad III de Senillosa, Rincón de los Sauces y San Patricio del Chañar; doce consultorios periféricos de complejidad II¹⁷⁴ y un puesto sanitario de nivel I de Los Chihuidos.

La Zona I b quedó conformada por el Hospital de Cutral Có de complejidad IV y los hospitales de complejidad III de Piedra del Águila y Picún Leufú. Dicha zona comprendía también nueve

¹⁷² Idem

¹⁷³ Colonia Confluencia, El Progreso, Mariano Moreno, Nueva Esperanza, Parque Industrial, San Lorenzo Norte, San Lorenzo Sur, Sapere, Villa Farell, Villa Florencia, Villa María, Don Bosco III, Bouquet Roldán, Colonia Valentina Norte y Colonia Valentina Norte

¹⁷⁴ Barrio Sarmiento I, y II, Vista Alegre Norte y Sur, Villa Obrera, Nueva España, Barrio Unión, Los Aromos, Los Hornos, Soldado Águila, La esperanza y Añelo.

consultorios periféricos de nivel II.¹⁷⁵ Asimismo, abarcaba ocho puestos sanitarios de nivel I.

La Zona Sanitaria II comprendía el Hospital de Zapala de complejidad IV y los hospitales de complejidad III de Mariano Moreno, Las Lajas, Bajada del Agrio, Loncopué y El Huecú. Los cinco consultorios periféricos de nivel II¹⁷⁶ completaban la conformación de nueve puestos sanitarios de nivel I.

La Zona Sanitaria III incluía el Hospital de Chos Malal de complejidad IV y los cinco hospitales de complejidad III de Tricao Malal, Buta Ranquil, Andacollo, las Ovejas y el Cholar. También a los siete consultorios periféricos de nivel II.¹⁷⁷ Asimismo, contenían once puestos sanitarios de nivel I.

Por último, la Zona Sanitaria IV que agrupaba los dos hospitales de complejidad IV de San Martín de Los Andes y Junín de Los Andes y los tres hospitales de complejidad III de Aluminé, Villa La Angostura y Las Coloradas. También comprendía los ocho consultorios periféricos de nivel II.¹⁷⁸ Cerrando la configuración, trece puestos sanitarios de nivel I.¹⁷⁹

En ese mismo período, fundamentalmente entre los años 1988 y 1990, se fortaleció la dedicación exclusiva, elevándose el porcentaje de personal con esa dedicación en todos los establecimientos hospitalarios. A partir de 1988, se insertaron las residencias en los Hospitales generales Bouquet Roldán y Zapala, con el objetivo de formar médicos generalistas en hospitales con médicos ya formados en esa línea a cargo de su preparación. Asimismo, se realizó el primer censo de Tallas y Peso, la constitución del Centro de Ablación de Órganos en Neuquén y para toda la Patagonia, el Banco de Drogas antineoplásicas, la creación de la Unidad de Hemodiálisis en 1989 en el Hospital Neuquén, con una importante oposición interna, lo mismo que la creación de la Unidad de Quemados.¹⁸⁰

Respecto al índice clásico de medición del estado sanitario de la población de la provincia utilizado desde 1960 -la mortalidad

¹⁷⁵ Aeroparque, Bo. 450 Viviendas, Bo. 500 Viviendas, Brentana, Pampa, Peñi Trapun, Plaza Huinul, Ruca Quimey y Unión.

¹⁷⁶ Don Bosco, Nueva Esperanza, Padre Cansen, 538 Viviendas y Las Lajitas

¹⁷⁷ Bo. Uriburu, IV División, Bo. Áreas de Frontera, Tiro Federal, Las Chacras, Barrancas y Huinganco

¹⁷⁸ El Arenal, Tiro Federal, Bo. Lanín, Primero Pobladores, Barrio Provincial, Bo. Las Latas, Las Piedritas y Villa Trafal

¹⁷⁹ DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA, CENSOS Y DOCUMENTACIÓN, *Anuario Estadístico 1989*, Neuquén, 1989, pp. 41-42.

¹⁸⁰ VACA NARVAJA, Gustavo, *op. cit.*

infantil por mil nacidos vivos-, se pasó de 108,4 en 1970 a 32,5 en 1980, bajando a 23,6 en 1987 y arribando en 1990 a 18,6. El promedio nacional de ese año fue de 22,9, mientras que Neuquén estaba, 4,3 puntos porcentuales por debajo de la media nacional.¹⁸¹

Un dato significativo sobre las preferencias de los pacientes e impronta territorial del sistema estatal de salud provincial se refleja en el incremento de los partos en establecimientos oficiales entre 1985 y 1990. Sobre 9.123 nacidos vivos en 1985, el 63,2% de los partos se efectuaron en establecimientos oficiales; mientras que en 1990, sobre 11.141 nacidos vivos, el 71,2% se realizaron en el sistema público provincial. Si los nacidos vivos crecieron en ese período un 22,1%, el crecimiento de los partos en los establecimientos oficiales creció un 37,7%.

Para finalizar, analizaremos cómo se fueron expresando algunos indicadores claves entre 1980 y 1995, a efectos de conformarnos una imagen del sistema oficial de salud de la provincia, según el Cuadro 15.

Si observamos las cifras, entre 1980 y 1987, la población creció un 38%, las consultas un 45% y los egresos hospitalarios un 44%. Si estas mismas consultas las dividimos por la cantidad de habitantes, nos da un crecimiento ínfimo en ese lapso, sólo del 5%; parecería que por más que creciese la población, las consultas médicas no se incrementaron por habitante, lo que significa una estabilidad en el estado sanitario general.

Por otro lado, resalta el crecimiento de médicos y enfermeros con porcentaje mayores a los de la población y a las consultas: los médicos un 62% y los enfermeros un 61%. Ahora bien, si estas cifras que comparamos las calculamos por cada 10.000 habitantes, obtenemos que los médicos y enfermeros se incrementaron solamente en un 17%, pero fue un incremento suficiente para disminuir la cantidad de consultas y egresos por médicos y enfermeros en el sistema. La cantidad de consultas por médico y enfermero por año disminuyó un 11%, lo mismo que los egresos. Significado importante: en estos siete años, cada médico pasó de "atender" en promedio 2.535 pacientes en 1980 a 2.275 en 1987 y los enfermeros pasaron en promedio de 1.410 a 1.278 pacientes. Dichos profesionales, al atender menos pacientes, tienen más tiempo para cada uno de ellos, para brindarles mejor atención.¹⁸²

¹⁸¹ *Idem*

¹⁸² Si bien estos indicadores pueden ser objeto de crítica por su generalidad (por tomar a todos los médicos y enfermeros del sistema y no solamente a los que

Cuadro 15

Evolución de indicadores sanitarios							
1980 - 1995							
INDICADORES	1980	1987	1991	Var. % 87-80	Var. % 91-87	1995	Var. % 95-91
Población	243.850	336.093	388.833	38	16	420.973	8
Consultas	638.775	925.866	1.127.125	45	22	1.427.838	27
Egresos	19.299	27.816	33.012	44	19	37.015	12
Camas promedio anual	682	821	874	20	6	874	0
Camas/día /año	249.530	299.712	319.010	20	6	319.010	0
Giro de camas	28,3	33,9	37,8	20	11	42,4	12
Camas-día-ocup x egr.	12,9	10,8	9,7	-17	-10	8,6	-11
Consultas/hab/año	2,6	2,8	2,9	5	5	3,4	17
Egresos/100/hab./año	7,9	8,3	8,5	5	3	8,8	4
Médicos	252	407	628	62	54	619	-1
Enfermeros	453	730	1027	61	41	1.199	17
Médicos/10000 hab	10,3	12,1	16,2	17	33	14,7	-9
Enfermeros/10000 hab	18,6	21,7	26,4	17	22	28,5	8
Consultas/Médico/año	2.535	2.275	1.795	-10	-21	2.307	29
Consultas/Enfer/año	1.410	1.268	1.097	-10	-13	1.191	9
Egresos/Médico/año	77	68	53	-11	-23	60	14
Egresos/Enfer/año	43	38	32	-11	-16	31	-4

están en atención médica), a grandes rasgos y como tendencia en el tiempo nos dan una adecuada visión de la mejoría del sistema, ya que para que ocurriese que no reflejase en promedio la mejoría debería darse que un porcentaje importante de los profesionales no estuviesen en la atención médica, cuestión deformativa que todavía no se ha manifestado.

Si comparamos las cifras de los mismos indicadores entre 1987 y 1991, nos encontramos que mejoraron significativamente.

Salvo las consultas por habitante, que se mantuvieron constante en el 5%, los médicos cada 10.000 habitantes se incrementaron en un 33% y los enfermeros, en un 22% en los cuatro años, y las consultas promedio por médico por año, lo mismo que para los enfermeros, disminuyeron un 21% y 13%. Cada médico, en promedio, pasó a "atender" de 2.275 a 1.795 pacientes entre 1987 y 1991. En el caso de los enfermeros, la cifra promedio disminuyó de 1.268 a 1.097.

Otro indicador importante en cuanto a eficiencia de internación es el giro de camas; se incrementa entre 1980 y 1991, implicando con ello menor tiempo de internación y utilización de la misma cama por mayor cantidad de pacientes distintos en el año.

En el Cuadro 15 aparece la columna con cifras de 1995, no es nuestra intención analizar ese período en este acápite, pero sí señalar el resultado final de la gestión del gobernador Jorge Sobisch en lo referente al impulso del sistema público de salud de la provincia, habiendo ingresado a las arcas provinciales, en 1993, un adicional de 741 millones de dólares -monto similar a un presupuesto anual de la provincia durante esa época- por regalías incorrectamente liquidadas.

Según las cifras de los indicadores ya expuestos para 1980-1987 y 1987-1991, en los cuatro años siguientes, entre 1991-1995, el número de médicos disminuyó un 1%, la cantidad de médicos cada 10.000 habitantes disminuyó en un 9% y la proporción de los enfermeros se incrementó solamente en un 8%.

Entre 1991 y 1995, Neuquén alcanzó cifras abismales de desocupación, superiores al 20% según el censo nacional de 1991, golpeando desaprensivamente en el conglomerado urbano Neuquén-Plottier. Estos hechos se reflejan en la cantidad de consultas por habitante por año, que creció un 17%, una cifra muy superior a la meseta del 5% de los dos períodos anteriores. Evidentemente, el estado sanitario general de la población se deterioró por la combinación entre una disminución de los recursos disponibles para ser atendido en la esfera privada y, como desocupados, la imposibilidad de acceder a las prestaciones de las obras sociales sindicales. Todo ello se refleja en la cantidad promedio de consultas por médico en el año, que se incrementó un 29%, y por enfermero, que aumentó un 9%.

Después de 1995, el sistema estatal de salud no superó los parámetros de 1991.

Capítulo III

La salud pública empujada a la agonía

El delicado equilibrio entre lo público y lo privado se rompió en la década del setenta cuando se produjo, tanto en Europa y Estados Unidos como en Latinoamérica, la crisis de los Estados de Bienestar nacidos en la segunda posguerra. Esas economías, que crecían a un ritmo bastante menor al esperado, sumado a una inflación galopante, facilitaron el desembarco de las viejas fórmulas liberales, ahora acompañadas del prefijo "neo". Muchos economistas -hasta allí periféricos- culparon al crecimiento del Estado de ser el único causante de esta situación y resaltaron las bondades del mercado, tanto por su potencial liberador (el accionar oficial era pensado como una forma moderna de esclavitud),¹⁸³ como su capacidad de provocar largas ondas de crecimiento. Luego de tres décadas de intervención estatal, las fuerzas productivas parecían retomar el camino de la "normalidad": el Estado retrocedía y el mercado iniciaba un largo contraataque.

La respuesta neoliberal a la crisis fue la propuesta de privatizar ciertas áreas, entre ellas la atención médica, como un modo de incrementar la eficiencia en la provisión de servicios y de ampliar las posibilidades de elección del paciente-consumidor. El cambio en la forma de entender la política sanitaria fue poco menos que revolucionario. En la "edad de oro" del capitalismo, el Estado era pensado como un actor clave en el logro de la "democratización del bienestar". En los años de euforia neoliberal, en cambio, se suponía que el mecanismo adecuado para alcanzar aquella meta era el libre juego de la oferta y la demanda. Como sostiene Susana Belmartino:

"Los argumentos a favor de la privatización se centran frecuentemente en el potencial de mayor eficiencia propio de las empresas privadas, estimulado por la búsqueda de beneficio, la mayor autonomía otorgada a los administradores y la flexibilidad para ajustar precios según cambios en las condiciones de oferta y demanda. El argumento se extiende en relación a que la expansión del sector privado podrá generar recursos extra para salud y aliviar la carga de los ya muy presionados servicios

¹⁸³ SPENCER, Herbert, *El hombre contra el Estado*, Buenos Aires, Goncourt, 1980, pp. 27-54.

*públicos permitiéndoles orientar sus prioridades a la provisión de servicios para poblaciones vulnerables.*¹⁸⁴

Llegados a este punto, dos preguntas se imponen: ¿cómo fue aplicado el recetario neoliberal al complejo mundo de la cobertura médica argentina? y ¿cuáles fueron los tiempos de esa reforma que puso en terapia intensiva al subsistema público ideado por Carrillo?

Lo primero que podríamos decir es que estas transformaciones no fueron abruptas sino más bien lo contrario. El extenso proceso de reforma comenzó en 1976 y alcanzó su auge en los noventa. El punto de partida de esta cronología no es caprichoso. Con el "Proceso de Reorganización Nacional" se pusieron en marcha medidas de desregulación económica que impactaron en el aparato productivo y alcanzaron al subsistema público de salud. La muestra más palpable en ese sentido fue la implementación de la ley 21.883 que, fundamentada en la necesidad de racionalizar los recursos públicos, desmanteló la red de hospitales a cargo del Estado nacional.¹⁸⁵ La aplicación de esta legislación significó la transferencia a las provincias de sesenta y cinco hospitales, sin que existiera una compensación presupuestaria por los nuevos servicios que aquellas debían prestar. Que los gobernadores hayan sido delegados del Poder Ejecutivo Nacional ayuda a explicar por qué este traspaso fue realizado de forma repentina y sin mediar resistencias por parte de las provincias. Quedó así definida una arquitectura financiera que descomprimió la situación económica del Estado nacional a costa de los más débiles Estados provinciales, despejando el camino al siempre tentador endeudamiento externo.

Pero la "provincialización" de la atención hospitalaria no fue la única medida que puso en jaque al modelo público y centralizado. Al mismo tiempo que las provincias, muchas de ellas sumergidas en profundas crisis, se hacían cargo de una onerosa carga presupuestaria, el gobierno militar implementó aranceles para los diferentes servicios prestados por el sector público. Y, como suele ocurrir en los procesos de liberalización económica, el retroceso del Estado nacional fue proporcional al crecimiento del sector privado. La reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del primero aceleró el desarrollo del mercado de

¹⁸⁴ BELMARTINO, Susana, "Servicios de salud, solidaridad y mercado: apuntes sobre el caso argentino", en *Revista de Estudios Sociales*, N° 10, Santa Fe, 1996, p. 55.

¹⁸⁵ ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana, "El sistema de salud en Argentina" *Burbuja*, Documento 60, Universidad de San Andrés, 2002., p. 26.

servicios de salud. Esto se observa en el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos que, gracias a la sobrevaluación de la moneda nacional y a la eliminación de las barreras arancelarias, ingresaron al país en tiempos de "plata dulce".¹⁸⁶ No estaríamos equivocados si dijéramos que un sector concentrado -conformado por grandes prestadores como clínicas y sanatorios- creó la demanda de ciertos servicios de los cuales ostentaba el monopolio de la provisión, dejando en un segundo plano la atención primaria de la salud.

Con el retorno de la democracia, en 1983, el gobierno de Alfonsín procuró retomar las riendas del sistema de salud. El proyecto del "Seguro Nacional de Salud", impulsado por el ministro Aldo Neri, fue el último intento de unir las piezas del *puzzle* de la atención sanitaria. La idea que impulsó la reforma era bastante sencilla: la pesada herencia de la dictadura -representada en el incremento de la pobreza y el desmantelamiento del aparato productivo- obligaba a las autoridades a unificar la conducción de todas las áreas relacionadas con la salud. Con ese propósito, el programa radical contemplaba la unificación de los ministerios de Salud y Acción Social, así como la incorporación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a la órbita de la Secretaría de Salud.¹⁸⁷ Con una cadena de mando unificada, el equipo de Neri se ocuparía de una larga agenda de actividades, que incluía, entre otros puntos, la supresión del arancelamiento implementado por el gobierno militar, medidas para enfrentar la desnutrición (el Plan Alimentario Nacional) y, desde luego, la reorganización del sistema de obras sociales.¹⁸⁸

Fue esta última tarea la que puso a la gestión de Neri en la primera plana de los diarios de mayor circulación. La propuesta presentada desde la cartera de Salud recuperaba el papel del Estado nacional como conductor de las políticas sanitarias y como prestador de servicios. Así, el plan sostenía la necesidad de avanzar sobre la conducción sindical de las obras sociales y de equiparar - por medio de una garantía oficial- las entidades más poderosas con aquellas que contaban con menores recursos. La medida legal que acompañaría a este avance del sector público sería la de "individualidad jurídica", que pondría punto final a la gimnasia corporativa de los sindicatos y permitiría la participación de los beneficiarios y del Estado en la toma de decisiones dentro de las

¹⁸⁶ ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana, *op. cit.*, p. 28.

¹⁸⁷ ROSSI, María y RUBILAR, Amanda, *op. cit.*, p. 23.

¹⁸⁸ *Idem*, p. 24.

obras sociales.¹⁸⁹ La batería de cambios incluía también una red única de prestadores (públicos, privados y las mismas obras sociales) que estaría disponible para todos los beneficiarios del seguro universal, entre quienes se contaban los afiliados, los trabajadores autónomos y los indigentes (estos últimos bajo la absoluta responsabilidad del Estado).

El ambicioso proyecto del gobierno radical encontró, sin embargo, un escaso margen operativo. Los sindicatos de la CGT se opusieron, desde muy temprano, a cualquier medida que supusiera la regulación de las obras sociales. El proyecto de ley de normalización sindical, herramienta esencial para echar a rodar la reforma, fue rechazado por el Senado en 1984.¹⁹⁰ Esta derrota propició el pasaje desde una política de confrontación con los sindicatos hacia otra mucho más negociadora y dispuesta a incorporar a prominentes líderes sindicales al gobierno. Los prestadores, por su parte, ofrecieron una resistencia del mismo calibre. Más allá de sus internas entre grandes y pequeñas empresas, todo el sector se expresó en contra de la intervención del Estado en la actividad. Pero los frentes externos no fueron el único problema: las divisiones del mismo gobierno en política laboral obstaculizaron las iniciativas ordenadoras propuestas por el Ministerio de Salud.¹⁹¹

En los años noventa, llegaron tiempos de profundización de las transformaciones neoliberales. La política de desregulación económica y reforma del Estado impulsada por el menemismo salpicó, a partir de 1993, al sistema de salud. Los discursos de los funcionarios apuntaban sus cañones a la arcaica organización del sector compuesto por las obras sociales. Si bien gracias a ellas había prosperado el sector privado de la medicina, se creyó necesario dar un paso adelante: las obras sociales sindicales prestaban servicios a una población considerada "cautiva" y constituían un dique a una organización más eficiente de los recursos. De acuerdo a este diagnóstico, se pensaba a la competencia como aquel remedio que mejoraría la cobertura en la atención médica y produciría una concentración en grandes instituciones que serían capaces de generar una adecuada

¹⁸⁹ *Idem*, p. 23.

¹⁹⁰ El diagnóstico del gobierno señalaba restricciones de los estatutos a la participación de los competidores en las elecciones internas, así como de las minorías en la conducción gremial. La reforma fue rechazada por la CGT y, poco tiempo después, por el Senado (solo por un voto). Cfr. PALOMINO, Héctor, "El cambio en el mundo del trabajo y los dilemas sindicales", en SURIANO, Juan, *op. cit.*, p. 392.

¹⁹¹ BELMARTINO, Susana, *op. cit.*, p. 310.

compensación del riesgo asociado a la enfermedad. En el fondo, la intención de los reformadores era transformar a las obras sociales en empresas de la salud, cuyo accionar estuviera orientado por la búsqueda de ganancia. Ideas como *universalidad, equidad, integralidad* de la atención y *gratuidad* fueron extirpadas del lenguaje técnico de la época. Puede que las palabras de Belmartino ayuden a comprender la orientación de las reformas:

*"Los reformadores de los noventa tenían objetivos limitados, vinculados con el ordenamiento del sistema de manera de hacer más eficiente la utilización de los recursos existentes, conservar los rasgos solidarios que permitirían la conformación de fondos de enfermedad con una adecuada compensación de riesgo. (...) Como instrumento idóneo para alcanzar tales objetivos se proponía promover la competencia de las aseguradoras por la captación de la demanda de cobertura y entre proveedores por los contratos de provisión de servicios."*¹⁹²

Junto con el ataque a las debilitadas obras sociales sindicales, en ese momento desfinanciadas por la débil actividad económica, las políticas sanitarias de los noventa continuaron con la descentralización iniciada por la dictadura militar. En 1991, diecinueve hospitales nacionales, muchos de ellos localizados en la ciudad de Buenos Aires, pasaron a manos de diferentes jurisdicciones.¹⁹³ De esta forma, y luego de dos décadas de desmantelamiento, la red de atención a cargo del Estado nacional quedó reducida a dieciséis hospitales, siete de los cuales no contaban con internación.

Aunque importantes dentro de ese esquema, no fueron las provincias las únicas que iban a gestionar un remozado subsistema público de salud. La reforma ponía en el centro de la escena a los hospitales, pero éstos ya no serían instituciones centralizadas sino autogestionadas. Con un Estado que achicaba su estructura, los hospitales deberían echar mano de fuentes alternativas de financiamiento, entre las cuales se destacaba el cobro de sus servicios a los afiliados de las obras sociales. En ese sentido, el decreto 578/93 estableció un mecanismo que deducía automáticamente el monto de la prestación de las transferencias que

¹⁹² BELMARTINO, Susana, *op. cit.*, pp. 313-314.

¹⁹³ ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana, *op. cit.*, p. 34.

las obras sociales recibían por sus cotizaciones (aporte mensual de cada afiliado). Los ingresos extra-presupuestarios percibidos en ese concepto serían administrados directamente por los centros de salud, descentralizando por consiguiente su asignación. Los resultados que se esperaba obtener nos advierten del avance de los criterios de mercado sobre un sector que había conservado una cautelosa distancia del mecanismo de la competencia: funcionar como una empresa obligaba a los hospitales a transformar sus sistemas de remuneración, creando una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de las mejoras en la productividad.¹⁹⁴

De todos modos, y pese a su carta de intenciones, la transformación del hospital en una institución autónoma tuvo un efecto limitado. Más allá de fragmentar aún más el subsistema de salud, no cumplió con sus objetivos financieros que, como había ocurrido en tiempo de la última dictadura, tenían como objetivo reducir el gasto público y facilitar el acceso al crédito externo. La captación de nuevos recursos financieros no fue significativa: el esfuerzo se dirigió al recupero del pago de servicios, prestados a los afiliados de obras sociales, que enfrentaban idénticas dificultades presupuestarias. Las salidas a este dilema variaron en cada jurisdicción: en algunas, la preocupación por la eficiencia se canalizó en el fortalecimiento de la atención primaria, mientras que en otras, se orientó a captar segmentos del mercado con capacidad de pago mediante prestaciones de mayor complejidad.

Luego de este recorrido, un aspecto pareciera quedar fuera de discusión: los años noventa presenciaron el avance de los criterios de mercado en el sistema de salud en general y en cada uno de los subsistemas que lo componen (sobre todo, en el sector público y en las obras sociales).

Ahora bien, a esta altura, es inevitable preguntar: ¿de qué manera esta tendencia impactó en un escenario periférico como Neuquén? ¿Cuál fue la tónica de la reforma neoliberal en una economía caracterizada por una fuerte presencia del Estado desde mediados del siglo pasado?

La salud pública en Neuquén: la ruptura de un equilibrio

Al comenzar la década de 1990, dos médicos con cierta trayectoria en el sistema provincial de salud reflexionaban acerca del desarrollo del sector y en torno a las perspectivas del mismo. Para Jorge Gorosito y Horacio Heller, los observadores en cuestión:

¹⁹⁴ BELMARTINO, Susana, *op. cit.*, p. 318.

"[El futuro del sistema provincial de salud dependía del mantenimiento] *del equilibrio que hasta el momento han mantenido los tres actores fuertes de este campo de la actividad económica: el Estado, por su capacidad instalada y las prestaciones que brinda; la seguridad social, por su capacidad financiera y, finalmente, las empresas sanatoriales privadas, por el desarrollo alcanzado hasta ahora.*" A esto añadían: "*Si cada uno de estos actores defiende su propio rol dentro del sistema, creemos que el equilibrio puede llegar a mantenerse. (...) Si el desarrollo mutuamente controlado no pudiera sostenerse por adquirir mayor preponderancia alguna de las fuerzas en pugna, la resultante podría ser distinta del cuadro de largo plazo aquí imaginado.*"¹⁹⁵

Al repasar este tipo de diagnósticos sobre las perspectivas del sistema provincial de salud, es difícil sustraerse a la tentación de tomarlos como ejemplo de una profecía autocumplida, tanto más cuanto que sus autores mantenían muy estrechas vinculaciones con los grupos que incidieron en la definición de las políticas del sector en los años siguientes. Pero el presente de ese sistema exhibe un claro deterioro de aquel "equilibrio" entre los actores de la salud que -de acuerdo a esas miradas- constituía la razón principal de su aceptable funcionamiento, en la medida en que daba a cada uno de aquéllos el espacio necesario para garantizar su persistencia dentro del sector. Hasta para el más obtuso de los observadores resulta evidente que en la actualidad se registra un pronunciado desequilibrio entre los actores del sistema. Entre las obras sociales, por ejemplo, se han profundizado las desigualdades entre unas aseguradoras de prestaciones mínimas, que muchas veces han terminado por conducir a sus afiliados a buscar atención en los hospitales públicos, y otras que ofrecen mejores servicios a sus adherentes a partir de sus mayores recursos, constituyendo una importante fuente de financiación del sector privado.

Pero los desequilibrios se manifiestan todavía de una manera más pronunciada en la situación de los restantes actores. De una parte, el progresivo repliegue del Estado ha sumido al subsistema público en una crisis que fue haciéndose cada vez más profunda. Al mismo tiempo, el sector privado incrementó de manera espectacular su poderío dentro del sistema sanitario provincial,

¹⁹⁵ GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, pp. 109-110.

avanzando sobre todos los terrenos en los que el Estado local debilitó su presencia o la retiró por completo. No sobra destacar que esa retracción de ninguna manera obedeció al desarrollo y complejización del sistema sanitario, sino a una serie de decisiones que tuvieron por objetivo allanar el camino a la mercantilización de la salud en el ámbito de una provincia donde el Estado había logrado cierto poder frente a las corporaciones médicas.

Todos estos cambios dejaron profundas huellas en la sociedad neuquina, modificando radicalmente las representaciones de la población acerca del sistema sanitario en particular y de los bienes públicos en general. Si hacia mediados de la década de 1990 los hospitales públicos de la provincia eran todavía vistos como instituciones que proveían servicios sanitarios de excelencia, unos pocos años más tarde esa imagen se invirtió en claro favor de las empresas privadas de la salud. El propósito de este capítulo consiste en analizar algunas dimensiones que permitan comprender ese proceso de progresivo deterioro de la salud pública y fuerte expansión del mercado sanitario que, con diferentes ritmos, se ha experimentado en la provincia de Neuquén a partir de los primeros años noventa.

A nadie escapa que en la actualidad la situación del subsistema público de salud de Neuquén es especialmente crítica. Para comprobar esa condición, basta con volver la mirada a un tiempo cercano, apenas algo más de una década atrás, cuando a pesar de todas sus dificultades los hospitales públicos proveían respuestas sanitarias a una gran parte de la población. La velocidad con la que se ha desarrollado ese proceso de descomposición no sólo ha socavado la capacidad de respuesta de las instituciones hospitalarias a las crecientes demandas sanitarias de una población en rápido crecimiento. También ha modificado drásticamente el contexto en el que desempeñan sus tareas los distintos actores que forman parte de dicho subsistema. Lejos de ser un asunto de la sola incumbencia de aquellos, comprender las acciones que los mismos han impulsado ante dicha crisis resulta de suma importancia, no sólo para entender las demandas particulares que tales actores han formulado, sino porque sus luchas han implicado, en cierto modo, un límite a un avance todavía más profundo de las políticas de mercantilización del sistema sanitario neuquino, caracterizado desde la década de 1970 por la presencia medular del Estado provincial.

Sin lugar a dudas, uno de los actores de mayor peso dentro del sector ha sido el sindicato de trabajadores de salud pública, enrolado en la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y protagonista activo en la mayor parte de los conflictos desarrollados en aquel subsistema. El firme rechazo que, sobre todo a partir de los

años noventa, ha manifestado contra los sucesivos gobiernos del MPN, y en particular frente a sus políticas en materia de salud, permite incluir a dicho gremio en el conjunto de los llamados sindicatos "radicalizados".¹⁹⁶ Una participación no menos destacada en la defensa de la salud pública ha mantenido la Asociación de Profesionales del Hospital Neuquén, que reúne a los médicos de diferentes especialidades que desempeñan sus funciones dentro de dicha institución. Aunque no siempre, los reclamos de ambos gremios han coincidido con bastante frecuencia. La solidaridad que las dos entidades han mostrado con otras organizaciones sindicales existentes en la provincia, en particular con aquellas caracterizadas por su firme oposición al partido-Estado que representa el MPN, es otro de los rasgos que define tanto su trayectoria histórica como sus modos de acción colectiva.

En este capítulo, nuestra atención estará puesta sobre todo alrededor de esas dos organizaciones gremiales que, tal como hemos mencionado, son las de mayor protagonismo al interior del subsistema público de salud. Ello se ha debido, en una buena medida, a que ambas se han desarrollado al interior del hospital Castro Rendón, nosocomio de mayor complejidad a nivel provincial, lo que ha dado a las dos organizaciones una importante capacidad de presión sobre el gobierno provincial. Los trabajadores profesionales y no profesionales de la salud pública, inicialmente miembros del gremio SUTEN, se incorporaron en 1987 a ATE, asociación que nucleaba una diversidad de trabajadores estatales y que entonces buscaba afirmarse a nivel nacional. Desde entonces, la Junta Interna de ATE en el Castro Rendón se ha convertido en un vocero destacado de los reclamos de los trabajadores no profesionales de dicho hospital y un importante eslabón en la construcción de vínculos con los trabajadores de otras instituciones de la salud pública provincial. Entre ellas se cuenta la propia Asociación de Profesionales que, desde su creación, se ha mostrado como un actor de fuerte presencia en las luchas por la defensa de la salud pública. A partir de los años finales de la década de 1980, la Asociación estrechó sus lazos con ATE, promoviendo la afiliación de sus miembros a la entidad que reúne a los trabajadores estatales y participando activamente de las medidas impulsadas por esta última, aunque sin perder su autonomía como organismo gremial. En diversas ocasiones, las organizaciones que aglutinan tanto a los trabajadores profesionales como a los no profesionales

¹⁹⁶ CAMINO VELA, Francisco y otros, *Un conflicto social en el Neuquén de la Confianza*, Neuquén, Educo, 2007.

de la salud pública han hecho de la defensa de ésta una bandera que han sabido conjugar con sus reivindicaciones particulares.

Hasta los años finales de la década de 1980, los conflictos giraban principalmente en torno a reclamos salariales o consistían en protestas ante cuestiones específicas, como por ejemplo el cobro de *plus* médico por parte de algunos sectores de profesionales de la salud. Sin embargo, las condiciones en las que hasta entonces habían desarrollado sus acciones colectivas se modificarían sensiblemente desde el inicio de los años noventa, a partir de cuando debieron hacer frente a sucesivas políticas de neto corte neoliberal que, con mayor o menor fuerza según las coyunturas, fueron aplicadas sobre el sector. En tal sentido, el prolongado conflicto desatado en 1993, que incluyó la toma de la Subsecretaría de Salud, puede, en cierto modo, ser entendido como el "bautismo de fuego" de los trabajadores de la salud pública frente a un nuevo escenario, cuyos rasgos no harían más que profundizarse durante el resto de la década. Para algunos de ellos, los acontecimientos de 1993 representaron un verdadero punto de inflexión en la historia del sistema sanitario provincial, en tanto que, a partir de esa fecha, comenzó a desplegarse *"una política que claramente empieza a ser de desmembramiento."*¹⁹⁷

Muy significativamente, el conflicto se produjo en el curso del primer mandato de Jorge Sobisch como gobernador. Casi quince años después, la contienda volvió a mostrar a los mismos actores: de una parte, los trabajadores sanitarios en defensa de la salud pública y de sus condiciones de trabajo; de la otra, el partido provincial, con Sobisch a la cabeza, firmemente comprometido con acentuar la mercantilización del sistema provincial de salud que emprendiera de manera tan decidida desde su primer mandato. Entre ambos momentos, el interludio de escasez de Felipe Sapag fue apenas una sombra de las políticas sanitarias impulsadas en sus mandatos anteriores y, por lo tanto, lo suficientemente débil como para no alterar el curso al que venía siendo empujada la salud pública.

"Se acabó la fiesta". Auge neoliberal, ajuste y respuestas sindicales

Domingo Cavallo, en su visita a la capital provincial, señaló:

"Siempre elogíé la capacidad de la provincia de Neuquén para progresar dentro del contexto de las políticas de la

¹⁹⁷ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

Nación, pero la forma en que progresó esta provincia hasta hace algunos años está totalmente agotada. [La provincia de Neuquén] tiene que demostrar -y va a hacerlo- la misma inteligencia para encontrar la forma de crecer vigorosamente en este nuevo modelo.”¹⁹⁸

Las palabras del entonces ministro de economía de la Nación encarnaban bien el espíritu de las políticas implementadas por el gobierno encabezado por Sobisch. Desde su inicio en 1991, la nueva administración impulsó un proceso de racionalización del Estado provincial, basado en la reducción del “gasto público”. En la mirada neoliberal de la gestión Sobisch, esto comprendía, entre otras, a la inversión en las áreas de Salud y de Educación. Los mensajes públicos del mandatario advertían a los trabajadores estatales que debían comprender que “se acabó la fiesta” y que, por lo tanto, era necesario someter al Estado provincial a una estricta política de ajuste presupuestario.¹⁹⁹ Pero mientras los costos de esa voluntad fueron cargados sobre algunos, para otros la fiesta no hacía más que comenzar, especialmente en el caso de quienes veían en la salud pública un suculento botín con el que lanzarse.

Hacia 1993, el gobierno provincial encaró un feroz proceso de ajuste que involucraba medidas como la reducción presupuestaria, el despido de 1.500 trabajadores estatales mediante jubilación compulsiva y la implementación del retiro “voluntario”, verdadera herramienta de coacción en un contexto marcado por el crecimiento del desempleo.²⁰⁰ En el subsistema de Salud Pública, esas políticas se tradujeron en la arbitraria suspensión de los concursos de residencias médicas, el congelamiento salarial y el impulso a la descentralización de los hospitales. Para Jorge Lara, el flamante ministro de Salud y Acción Social, que reemplazaba a Horacio Lores en el cargo -cuando este último pasó a ser ministro de gobierno-, “la estructura administrativa creció más de lo necesario”, a lo que agregaba “la ausencia de gerenciamiento como una carencia grave del sistema”.²⁰¹ Las palabras del ministro hacían evidente que el nuevo gobierno estaba decidido a apartarse de la tradición sanitaria de la provincia y abrir en ella un nuevo capítulo, siguiendo los lineamientos que el gobierno de Menem estableció para la desregulación del sistema sanitario: la creación del hospital

¹⁹⁸ *Río Negro*, 22-05-93, p. 14.

¹⁹⁹ *Río Negro*, 25-05-93, p. 16.

²⁰⁰ *Río Negro*, 18-05-93, p. 14.

²⁰¹ *Río Negro*, 23-05-93, p. 12.

de autogestión, la libre elección de obra social por parte de la población trabajadora y la libertad de contratación entre aseguradoras y proveedoras de servicios médicos.²⁰²

La respuesta de los trabajadores de la salud pública no tardó en llegar y, tanto los empleados como los profesionales del sector, se plegaron a las medidas que ATE venía impulsando frente a la dilación con la que el gobierno provincial actuaba en la negociación de un nuevo convenio colectivo. Sin embargo, la fuerza de su reclamo sectorial hizo ganar a los trabajadores de la salud pública cierta autonomía respecto de las luchas de los demás estatales. Fue así que tras una nueva movilización hacia la Casa de Gobierno y ante la falta de diálogo de las autoridades -en particular del ministro Lara-, los manifestantes marcharon a la Subsecretaría de Salud, cuyo edificio finalmente decidieron ocupar en señal de protesta y ante la imposibilidad de instalar una carpa frente a la sede del Ejecutivo, fuertemente protegida por personal policial.²⁰³ Una de las principales demandas era el establecimiento de aumentos salariales de emergencia, reclamo que fuera inicialmente planteado por los trabajadores del hospital Castro Rendón y a partir del cual se extendió el conflicto a todo el sector. Pero también iban asociadas, a esa exigencia, otras no menos importantes como la recomposición del valor punto, la exclusión del sector salud de la ley de reducción del empleo público sancionada por el gobierno provincial, el descongelamiento de vacantes, la incorporación a planta permanente del personal contratado y el tratamiento de la carrera sanitaria por parte de la Legislatura.²⁰⁴

Ante los reclamos sociales, el gobierno mantuvo la actitud confrontativa que ya entonces caracterizaba a la administración Sobisch y que habría de mantenerse como una marca de estilo. Esa negativa al diálogo hizo que la ocupación de la Subsecretaría de Salud se mantuviera por una veintena de días. En ese transcurso, las autoridades del sector, encabezadas por el ministro Lara, respondieron abriendo sumarios contra una docena de trabajadores -entre los que estaban Baltasar Álvarez y Hebe García, titulares de la Junta Interna de ATE y de la Asociación de Profesionales, respectivamente-, aún cuando más de 300 personas habían participado en la toma del edificio.²⁰⁵ El objetivo que el gobierno perseguía con esa arbitraria medida era claro: lograr el

²⁰² BELMARTINO, Susana, *Op. Cit.* pp. 206-207.

²⁰³ *Río Negro*, 15-09-93, p. 15.

²⁰⁴ *Río Negro*, 08-09-93, p. 15.

²⁰⁵ *Río Negro*, 17-09-93, p. 8.

descabezamiento de los trabajadores movilizados y apostar por su desgaste. Muchos directores y jefes de servicio y de área respondieron solidariamente con sus colegas sumariados, participando de la misma medida el personal de varios hospitales del interior provincial. En total, casi noventa profesionales renunciaban a sus cargos en protesta por la reacción del gobierno frente al conflicto.²⁰⁶

La radicalización no se debió exclusivamente a la acumulación de reclamos sectoriales postergados, sino también a condimentos políticos que hacían de esa coyuntura una de particular efervescencia. Por un lado, desde mayo, el gobierno de Sobisch venía impulsando la aprobación de la enmienda constitucional destinada a incrementar la proporcionalidad -incentivando la fragmentación del sistema de partidos-, pero sobre todo a establecer la posibilidad de reelección del gobernador por un período adicional. El apoyo que fracciones de otras fuerzas daban al proyecto de enmienda producía divisiones al interior de partidos como el PJ, donde algunas figuras ya asomaban como entusiastas seguidores de Sobisch. Por otra parte, las campañas para la elección de diputados nacionales se encontraban en la fase final, con el MPN levantando la candidatura de Osvaldo Pellín -hasta entonces ministro de gobierno de Sobisch- como cabeza de lista. Esa definición terminó de hacer explícitas las divisiones internas de aquel partido y fue durante ese mismo mes que la figura fundacional del MPN, Felipe Sapag, se lanzó en carrera hacia las elecciones de gobernador en 1995.

Las divisiones facciosas dentro del partido tenían también su traducción en el área de salud donde, una vez iniciado el conflicto, el ministro Lara y Gustavo Vaca Narvaja, intercambiaban acusaciones sobre la responsabilidad de los problemas por los que atravesaba la salud pública provincial.²⁰⁷ Asimismo, los representantes del felipismo no desaprovechaban oportunidad para expresar su solidaridad con los agentes y profesionales movilizados, haciéndose presentes en la misma ocupación de la subsecretaría o a través de declaraciones a la prensa.²⁰⁸ Este escenario, en el que quedaban en evidencia divisiones y rivalidades dentro del partido gobernante, como también en las expresiones de la propia oposición, configuró una oportunidad política para que los

²⁰⁶ Ibidem

²⁰⁷ *Río Negro*, 27-05-93, p. 7; *Río Negro*, 06/09/93, p. 10; *Río Negro*, 07-09-93, p. 9.

²⁰⁸ *Río Negro*, 17-09-93, pp. 9-10.

trabajadores de la salud pública adoptaran medidas de un calibre mayor al de las realizadas hasta entonces.

Pocos días después de la ocupación de la subsecretaría, una marcha bastante numerosa -de aproximadamente 2.500 manifestantes- contó con el respaldo de partidos políticos, gremios y otras asociaciones civiles.²⁰⁹ Frente a la intimación de desalojo ordenada por Luis Titanti, el juez que intervenía en la causa, los agentes y profesionales del sector continuaron con las medidas desarrollando paros de actividades -con masiva adhesión del personal- y convocando a una marcha en defensa de la salud pública que fue también replicada en ciudades como Zapala, Cutral C6, San Mart3n y Las Lajas. En la capital provincial, la marcha del 23 de septiembre logr6 movilizar alrededor de seis mil personas. El 6xito de la movilizaci6n demostr6 un respaldo bastante amplio hacia la lucha de los trabajadores de salud p6blica y no menos significativo fue que abri6 importantes diferencias en las autoridades entre quienes impulsaban el desalojo mediante la fuerza policial y quienes se mostraban en desacuerdo con ese procedimiento. Entre estos 6ltimos se encontraba el propio jefe de la polic3a de Neuqu6n, Tom6s Heger Wagner, quien fue objeto de apercibimiento judicial por no acatar -en dos oportunidades sucesivas- la orden de lograr la desocupaci6n del edificio de la subsecretar3a.²¹⁰ La posici6n del jefe policial era de alg6n modo cercana a la de algunos altos funcionarios provinciales, como el caso del propio Lores, para quien deb3an hacerse todos los esfuerzos posibles por resolver el conflicto "*procurando evitar el uso de la fuerza p6blica.*"²¹¹ Empero, el gobierno provincial no cejaba en su postura de no iniciar el di6logo hasta tanto los manifestantes no desocuparan la Subsecretar3a de Salud. "*No nos oponemos al di6logo*", expresaba el propio Sobisch, "*cuando desocupen el edificio de salud dialogaremos tantas veces como sea necesario.*"²¹² La posici6n del mandatario coincid3a con la del juez Titanti, quien por tercera ocasi6n ordenaba el desalojo de las instalaciones, aunque esa vez sin establecer ya un plazo perentorio.

Durante pr6cticamente todo el tiempo que dur6 la ocupaci6n de la Subsecretar3a, el sindicato ATE, conducido por Julio Fuentes, mantuvo un lugar protag6nico en el desarrollo del conflicto, participando activamente en todas las medidas tomadas por los trabajadores del sector de salud p6blica. Sin embargo, las

²⁰⁹ *R3o Negro*, 18-09-93, p. 14.

²¹⁰ *R3o Negro*, 23-09-93, p. 10; *R3o Negro*, 29-09-93, p. 28; *R3o Negro*, 30-09-93, p. 10; *R3o Negro*, 3-10-93, p. 10.

²¹¹ *R3o Negro*, 1-10-93, p. 28.

²¹² *R3o Negro*, 6-10-93, p. 8.

relaciones de dicho sindicato con la Junta Interna y con la Asociación de Profesionales comenzaron a deteriorarse a partir del levantamiento del paro impulsado por ATE. En la primera ocasión, la dirigencia del sindicato explicó, en relación a la suspensión del paro provincial de 24 horas definido la semana anterior, que *"no fue posible la instrumentación de la medida en tan poco tiempo."*²¹³ El propósito que pretendía seguirse con ello era el de mostrar voluntad de avanzar en la negociación con las autoridades provinciales -las que a su vez propusieron retrotraer la situación al día previo a la ocupación del edificio, lo que incluía la anulación de los sumarios-, por lo que las diferencias existentes entre las organizaciones no se hicieron públicas. Fue así que el día para el que inicialmente se había fijado el paro provincial, terminó siendo el mismo en el que se produjo la desocupación voluntaria de la subsecretaría, luego de los veinticuatro días que duró la medida. Sin embargo, el nulo avance de las negociaciones con las autoridades del área²¹⁴ condujo a algunos a pensar que las decisiones tomadas por la conducción sindical no habían resultado las mejores y pronto volvieron a tomarse medidas de fuerza.

Algunos días más tarde, Sobisch accedió a mantener una audiencia con los trabajadores de salud pública, pero advirtiéndoles que aceptar el pedido de incremento salarial significaría *"agregarle un déficit de ocho millones de pesos más al déficit, sería provocar un suicidio colectivo."*²¹⁵ La reacción de los gremios involucrados en la protesta llegó cuando se conocieron los resultados (nulos) de esa reunión, haciendo así efectivo el lanzamiento del paro por tiempo indeterminado -con huelga de hambre y atención mínima de guardias- que había sido consensuado la jornada anterior. Desde ese momento, las divergencias al interior de las organizaciones del sector comenzaron a hacerse más notorias. Primero, entre los profesionales de hospitales como el Castro Rendón, la mayoría de los cuales rechazó acatar el paro y propuso continuar negociando con el gobierno, al tiempo que volvían a sus funciones.²¹⁶ Por otra parte, Álvarez, dirigente de la Junta Interna de ATE en el mismo hospital, acusó a esos profesionales de simpatizar con el gobierno provincial y actuar en favor de él.

Las medidas de fuerza se mantuvieron por algunos días más, con un alto grado de adhesión, tanto por parte de los agentes como

²¹³ *Río Negro*, 07-10-93, p. 14.

²¹⁴ *Río Negro*, 10-10-93, p. 10; *Río Negro*, 15-10-93, p. 15.

²¹⁵ *Río Negro*, 22-10-93, p. 6.

²¹⁶ *Río Negro*, 23-10-93, p. 16.

de una buena parte de los médicos nucleados en la Asociación de Profesionales. Durante esos días los sindicalistas buscaron un acercamiento hacia el obispo local, Agustín Radrizzani, y su antecesor Jaime de Nevares, con el objetivo de mantener una reunión informativa para lograr que eventualmente se ofrecieran como mediadores en el conflicto.²¹⁷ Pero la iniciativa no concretó ninguna mediación efectiva, tanto por la negativa del gobierno provincial de volver a iniciar un proceso de negociación como por la falta de una precisa definición por parte de Radrizzani.²¹⁸ Ese estado de parálisis conllevó a una profundización de las acciones de protesta: al paro, la quita de colaboración, las movilizaciones y las huelgas de hambre, se agregó la posibilidad de una "evacuación" del hospital Castro Rendón. Frente a esa perspectiva, desde el gobierno comenzó a amenazarse con la iniciación de denuncias penales por abandono de los cargos en el caso de que la medida llegase a hacerse efectiva.²¹⁹ Dado ese complejo escenario, los trabajadores que seguían participando en la protesta no optaron por empujar el conflicto hacia una mayor radicalización - concretando la evacuación hospitalaria-, sino que apuntaron a fortalecer su respaldo en sectores ajenos al conflicto. A partir de esa estrategia, se instaló una suerte de hospital de campaña en el centro neuquino -más adelante replicado en otros barrios de la capital-, buscando afianzar el apoyo de la sociedad hacia la lucha en la medida que, dada la negativa de las autoridades oficiales a conceder aumentos salariales, la reducción de atenciones en los centros sanitarios se extendía día tras día.²²⁰ Este tipo de estrategias no sólo demostrarían ser de vital importancia para lograr la movilización de vecinos de distintos barrios de la capital a los actos de protesta realizados por los gremios de los trabajadores de la sanidad pública. Como veremos, constituirían una valiosa experiencia en la trayectoria gremial de la dirigencia del sector.

Mientras tanto, se produjo un verdadero *impasse* en el desarrollo del conflicto, con las partes en pugna en constante medición de fuerzas pero sin lograr pasos significativos en la resolución del mismo. Si desde ATE y la Asociación de Profesionales se esgrimía la posibilidad de profundizar el quite de prestaciones en los establecimientos sanitarios, desde el gobierno provincial se amenazaba con el descuento de los días de paro.²²¹ A mediados de

²¹⁷ *Río Negro*, 03-11-93, p. 15.

²¹⁸ *Río Negro*, 05-10-93, p. 21.

²¹⁹ *Río Negro*, 04-10-93, p. 16.

²²⁰ *Río Negro*, 08-11-93, p. 8.

²²¹ *Río Negro*, 09-11-93, p. 15.

noviembre, ante un nuevo guiño de negociación de parte de las autoridades, fue necesario, para los trabajadores que mantenían la protesta, definir la continuidad o el levantamiento de las medidas. El 16 de noviembre, luego de una nueva reunión del Congreso Provincial de Salud -entidad que congregaba al personal sanitario de distintos establecimientos públicos-, se resolvió terminar con el paro por tiempo indeterminado y reducirlo a un paro semanal de 24 horas para sostener los reclamos del sector. Sin embargo, la medida no contó con el respaldo unánime de las organizaciones que participaban en el conflicto. Dirigentes de algunas de ellas juzgaron que la decisión del Congreso había resultado poco transparente por parte de la dirigencia de ATE y aprovecharon la ocasión para marcar sus diferencias con estos últimos. Así lo hicieron los titulares de la Asociación de Profesionales y de la Junta Interna del hospital Castro Rendón, acusando a los dirigentes de ATE de complicidad con las autoridades provinciales y refiriéndose al levantamiento del paro como "*un triunfo que la dirigencia gremial le dio al gobierno*".²²² La polémica decisión de terminar el paro, que pareció fortalecer la posición del gobierno -por primera vez en todo el conflicto se cumplieron las amenazas de descontar los días de adhesión a la huelga-,²²³ creó una oportunidad propicia para la emergencia de internas sindicales. Desde algunas seccionales de ATE del interior de la provincia, se responsabilizó a la conducción de impedir el triunfo de la lucha mantenida por más de tres meses, dado que un resultado semejante habría fortalecido a dirigentes -en particular, al propio Baltasar Álvarez- que podrían disputar espacio a la conducción del gremio, entonces encabezada por Julio Fuentes.²²⁴ Algunos días después, el Congreso Provincial de Salud resolvió la finalización de todas las medidas de fuerza, suscitando la disconformidad de quienes buscaban mantener algún tipo de acciones de reclamo. La decisión se debió a la escasa adhesión de los profesionales y empleados de salud a los quites de colaboración y las movilizaciones. En la mirada de un dirigente de ATE, tal resolución no representaba ninguna claudicación "*porque en la práctica las medidas ya no se cumplían*",²²⁵ tomando como ejemplo las asambleas celebradas en los principales centros de conflicto que, como en el hospital Castro Rendón, debieron levantarse por falta de asistentes.

²²² *Río Negro*, 17-11-93, p. 6.

²²³ *Río Negro*, 23-11-93, p. 10.

²²⁴ *Ibidem*

²²⁵ *Río Negro*, 30-11-93, p. 22.

Sin embargo, los trabajadores del sector sanitario tenían otra explicación sobre la decisión de ATE de poner fin al conflicto. Como recordaría el propio Baltasar Álvarez quince años después, *“en el conflicto del '93, la conducción de ATE jugó claramente a que el conflicto se perdiera para que la responsabilidad no fuera del Consejo Directivo Provincial de ATE, (sino) fuera de esta junta interna.”*²²⁶ Para el dirigente de la Junta Interna de ATE en el Castro Rendón, la derrota se explicaba también por la equívoca lectura que la dirección provincial del sindicato había hecho del gobierno que asumió en 1991. Para Álvarez:

*“[Los dirigentes de ATE estaban entonces] muy enamorados con el gobierno de Sobisch, donde se planteaba darle participación a los trabajadores en la obra social, en vivienda, en el EPAS, en el EPEN (...) un enamoramiento que me acuerdo fundamentalmente con los sectores que encabezaba el ministro Lara.”*²²⁷

Como veremos más adelante, mantener distancia respecto de los gobiernos provinciales ha sido una de las preocupaciones constantes de la dirigencia de la Junta Interna a la hora de definir sus estrategias.

Finalmente, el Congreso de Trabajadores de Salud Pública, celebrado en la ciudad de Neuquén el 29 de ese mes, resolvió el completo levantamiento de las medidas que hasta entonces se habían desarrollado. En el balance de los resultados obtenidos tras cuatro meses de intensa lucha, el Congreso destacaba el nombramiento de personal, la inversión en equipamiento en algunos sectores y un bastante vago *“intento oficial de satisfacer ciertos requerimientos de la comunidad”*. Sin duda, un saldo bastante magro si se lo compara con las demandas que motivaron el inicio del conflicto. Pero acaso lo más interesante es que el comunicado surgido de aquella reunión no contenía el tono de una arenga a la lucha sino el más amargo de la aceptación de una derrota:

“Seguiremos con nuestra lucha, porque la sabemos justa, porque más allá de reclamos coyunturales, los que se enfrentan son dos modelos: el del ajuste y el de quienes conocimos alguna vez un plan de salud en la provincia.

²²⁶ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

²²⁷ Idem

Por eso decimos: A nuestros compañeros: esta pelea continúa día a día desde cada sector de trabajo. Al resto de los trabajadores y a la comunidad: unifiquemos nuestros reclamos. Hoy más que nunca no podemos evitar el ajuste desde un solo sector."²²⁸

Este balance negativo llevó a los gremios envueltos en el conflicto a dos conclusiones importantes. Primero, a la comprobación de que las luchas sectoriales tenían más posibilidades de contrarrestar exitosamente las políticas oficiales si contaban con la adhesión activa de sectores sociales más amplios. A pesar de la derrota en la que terminó, la experiencia de 1993 parece haber constituido un aprendizaje para la dirigencia sindical del subsector público. Como el propio Álvarez recordaría quince años después de aquel conflicto, las lecciones aprendidas entonces continúan siendo válidas en la actualidad:

*"Hoy sigue siendo exactamente lo mismo. Si hoy algunos creen que por la fuerza de los trabajadores solamente se gana un conflicto, yo creo que no. Se gana el conflicto si somos capaces de hacer entender a la comunidad que la comunidad tiene que participar, discutir y hacerse cargo de la defensa del sistema público de salud. Sólo con los trabajadores no alcanza."*²²⁹

En segundo lugar, y no menos importante, esa lucha que se cerraba con resultados poco favorables constituía el primer capítulo de una historia que continuaría desarrollándose en los años siguientes. Pronto iba a quedar claro, como lo había anticipado el propio Sobisch en el curso del conflicto, que más allá de la resolución que tuviese, *"nada iba a cambiar el rumbo del gobierno, ni antes ni ahora."*²³⁰ Pero ¿qué significaba esto en relación con el contexto específico de la salud pública provincial? En su afán de confrontar con los agentes y profesionales en protesta, el entonces ministro del sector dejaba bien en claro cuáles eran los nuevos objetivos en materia de salud pública. En la mirada de las autoridades del sector, una de las razones de la crisis del subsistema público de salud residía en el desgobierno de las instituciones hospitalarias, lo que había dado lugar a una situación

²²⁸ *Río Negro*, 01-12-93, p. 10.

²²⁹ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

²³⁰ *Río Negro*, 8-10-93, p. 15.

de sectorialización de las prestaciones que impedía una adecuada coordinación de las mismas. En su opinión:

*"Porque no haya existido durante años una conducción firme, o por confusión de roles, o por el asambleísmo para la toma de decisiones, cada especialidad o sector hizo su propio sistema de trabajo, su 'chacra'. Antes había una coordinación horizontal que facilitaba la circulación y el cumplimiento de una orden de arriba."*²³¹

Las palabras de Lara denotan que ya en los tempranos noventa se estaba pensando en un nuevo diseño organizativo para las instituciones que conformaban el subsistema público de salud, modelo cuya aplicación fue puesta en práctica con los nuevos establecimientos hospitalarios que se inaugurarían posteriormente.

Pero, según Lara, existían otros muchos aspectos sobre los que era necesario introducir reformas:

*"...como es [el caso de] todo el gerenciamiento de un sistema muy complejo que mueve muchos millones de dólares y que requiere de una administración muy ágil y adecuar un montón de normatizaciones para que no nos trabemos nosotros mismos con una burocracia que está desactualizada."*²³²

Esto implicaba, bien a tono con las políticas neoliberales que los gobiernos nacional y provincial venían poniendo en práctica, introducir criterios de mercado en la salud pública *"para poder asegurar una buena y eficiente prestación"*, lo que, entre otras cosas, significaba que -en palabras del propio Lara- *"si un empleado del hospital falta a sus obligaciones el Estado pueda tener el derecho de despedirlo, como si fuera un patrón privado."*²³³

Ese peculiar entendimiento acerca de la salud pública marcaba la presencia de una racionalidad de nuevo tipo que en lo sucesivo regiría la definición de las políticas sanitarias de la provincia. En tal sentido, al recordar los hechos de 1993, César Dell'Alli señala como un signo de los nuevos tiempos en salud:

²³¹ *Río Negro*, 10-12-93, p. 11.

²³² *Río Negro*, 19-09-93, p. 9.

²³³ *Río Negro*, 22-09-93, p. 15.

*"[Esa fue] la primera vez que el Ministerio (de Salud) queda en manos de alguien que es simplemente técnico económico, digamos. Y que aparte el planteo de Lara es netamente economicista (...) dejando de lado la idea de salud entendida como derecho, como salud para todos."*²³⁴

En la mirada de Baltasar Álvarez, el conflicto de 1993 desnudó que *"la Subsecretaría de Salud, que era el órgano de planificación de las políticas del sistema público de salud, la que coordinaba, la que controlaba, perdió el rumbo desde el punto de vista técnico"*,²³⁵ quedando, a partir de entonces, subordinada a una racionalidad neoliberal. Como la trayectoria posterior del sector iba a testimoniarlo, el objetivo de debilitar el subsistema de salud pública para vigorizar un mercado de salud que hasta entonces tenía modestas dimensiones, estaba planteado en su agenda desde bien temprano. Claro que no se trataba de una mera adecuación de la provincia a las políticas neoliberales, sino también del firme interés por hacer de un bien público como la salud un negocio altamente lucrativo.

Un espejismo del bienestar. Crisis económica, conflictos sociales y parálisis institucional

En 1995, Felipe Sapag volvió a ocupar el cargo de gobernador. El masivo apoyo electoral que recibió daba cuenta de las expectativas que la población neuquina tenía de retornar a las condiciones de relativo bienestar social a la que estaba asociada la figura del líder. En particular, en el ámbito de la salud pública se esperaba que el retorno de "Don Felipe" implicara un fortalecimiento del sector, lo que parecía probable en la medida en que el sistema sanitario era presentado como una obra emblema del "felipismo". En la perspectiva de importantes sectores de la salud pública, el nuevo gobierno se apartaría de las políticas sanitarias del período anterior, conduciendo a la recuperación de -cuanto menos- los pilares fundamentales del Plan de Salud, verdadero mito de origen en el imaginario de la comunidad sanitaria del sector público provincial.

Pero el mandato de Sapag estuvo marcado desde el inicio por la multiplicación de los problemas sociales. En primer lugar, el

²³⁴ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

²³⁵ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

aumento del desempleo en la provincia disparó los indicadores en tal materia, del orden del 7% en 1991, a casi el 17% para 1995,²³⁶ problemática a la que el gobierno de Sobisch respondió con la aprobación, en los últimos meses de su mandato, de la ley 2.128 de subsidio al desempleo, la cual se convirtió en una pesada carga para el gobierno que le siguió. La situación generada por el aumento de la desocupación y de la pobreza cobró su forma más nítida en 1996 y 1997, durante las puebladas vividas en la ciudad petrolera de Cutral Có, duramente golpeada por la privatización de YPF. A ello se agregó la decisión de reducir a la mitad los montos percibidos por los empleados estatales en concepto de zona desfavorable, que en 1997 tomó el gobierno provincial. La medida impactó fuertemente en la situación de ese amplio conjunto de trabajadores y arrojó a la protesta a los sindicatos del sector público. En el área sanitaria en particular, la consecuente reducción salarial provocó una importante fuga de profesionales en busca de mejores remuneraciones, resultado del que se benefició sustancialmente el subsector privado al incorporar médicos de considerable trayectoria en sus respectivas especialidades. Pero acaso el efecto más visible de aquella política fue la importante cantidad de profesionales que redujo su dedicación en las instituciones hospitalarias, dando lugar así a una verdadera estampida hacia el régimen de semi-exclusividad horaria.²³⁷

En ese marco de paulatino deterioro del subsistema público, uno de los acontecimientos más salientes durante el último mandato de Felipe Sapag fue la inauguración del hospital Dr. Horacio Heller, en marzo de 1999, que llevó ese nombre en homenaje al médico fallecido en 1991, poco después de ser designado Director del hospital Castro Rendón. La definitiva apertura del Heller significó la culminación de un proyecto que contaba ya con más de diez años de historia. En abril de 1987, el gobernador Felipe Sapag y el entonces Ministro de Salud y Acción Social de la Nación, Conrado Storani, habían firmado un acuerdo de rehabilitación de la infraestructura de la salud, entre cuyos objetivos se contaba la construcción de nuevos establecimientos sanitarios. La financiación del proyecto provendría de una serie de préstamos que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorgó al gobierno de Alfonsín. La aprobación del convenio por parte de la

²³⁶ TARANDA, Demetrio y otros, *La protesta social en Neuquén. Viejas y nuevas formas*, Neuquén, Educo, 2007, p. 124.

²³⁷ Este fenómeno se visualiza en el hospital cabecera Castro Rendón. A comienzos de 2008, el 52% de los profesionales no revestía una dedicación exclusiva o bien no cobraba de acuerdo a ella (como en el caso de los médicos residentes).

Legislatura neuquina se produjo hacia fines de 1989. Desde el comienzo, el origen de esos fondos generó entre los actores de la salud pública provincial cierta suspicacia acerca de las consecuencias que ello traería para el sistema del que formaban parte. La construcción de un hospital a partir de fondos provistos por una institución como el BID llevaba a más de uno a sospechar que en ese proyecto asomaba una nueva noción de la salud, ligada a concepciones neoliberales de eficiencia y productividad.

La expresión más concreta de rechazo al nuevo nosocomio y a lo que representaba para el futuro de la salud pública, se dio precisamente el día de la inauguración del hospital. En esa oportunidad, una manifestación, integrada en su mayor parte por trabajadores estatales, dio cuenta de su posición concurriendo al acto para hacer explícita su desaprobación hacia el nuevo hospital, en el cual veían una avanzada neoliberal sobre el subsector público de salud. La inauguración finalizó abruptamente debido a los incidentes que se produjeron, cuando los manifestantes comenzaron a lanzar pedradas sobre las autoridades y profesionales que se encontraban en el palco oficial. Curiosamente, el personal del hospital realizó sus primeras atenciones pocos minutos después, cuando debieron recibir asistencia las personas lesionadas por los proyectiles. En la memoria oficial del hospital Heller, ese 19 de marzo fue un día que quedó "*impregnado por los lamentables sucesos que empañaron el acto oficial y marcaron para siempre la historia del nuevo Hospital.*"²³⁸ Para la institución, ese episodio inaugural dejaría una marca indeleble en la trayectoria futura del hospital, en tanto que daba cuenta del rechazo que importantes sectores del subsistema público habrían de mantener contra ella en los años siguientes.

Sin embargo, desde la nueva institución, el rechazo manifestado por otros sectores sanitarios era interpretado como un síntoma de la esclerosis del subsistema público provincial, incapaz de aceptar la introducción en su seno de nuevas políticas y estrategias. El nuevo hospital se representaba a sí mismo como modelo de modernidad y eficiencia, en contraposición a las estructuras sanitarias tradicionales. Aunque reconocía los méritos del subsector público, señalaba que, desde la década de 1980, la provincia de Neuquén se había resistido a avanzar en los procesos de reforma del Estado alentados desde el nivel nacional. Y agregaba:

²³⁸ DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *Memoria de cuatro años*, Hospital Heller, Neuquén, 2003, p. 17. <http://www.hospitalheller.org.ar>

“En lo que refiere al Sector de Salud, los cambios han sido escasos, y en muchas oportunidades, a pesar de haberse propuesto los lineamientos políticos, no se llevaron a cabo a veces por falta de consenso, y otras por estar muy arraigado en los agentes del estado y en la sociedad conductas tradicionales de difícil modificación.”²³⁹

Todo esto resultaba sobre todo claro en cuanto al nuevo modelo de organización hospitalaria desde el que fue concebido el Heller, buscando reemplazar la matriz clásica del “Plan de Salud” por un nuevo esquema basado en el esquema de cuidados progresivos. La decisión de “definir un modelo institucional que rompiera las clásicas estructuras verticalistas que durante varias décadas fueron (y aún lo son todavía) modelos de organización hospitalaria”,²⁴⁰ implicaba la voluntad de difundir ese régimen ya que “puede ser un modelo que esperamos pueda ser repetido en otros efectores del Sistema de Salud de la provincia del Neuquén.”²⁴¹ La misma opinión era suscripta por el entonces Director Ejecutivo del Hospital Heller, el Dr. Ricardo Santoni:

“[La adopción de] un modelo de internación por Ciudades Progresivos, en lugar del clásico agrupamiento por servicios, característico del resto de la provincia, [se fundaba en la intención de] conformar al hospital como una organización hospitalaria acorde con las necesidades de la comunidad a la que debería asistir y teniendo como objetivos aumentar el alcance, flexibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios ofrecido, optimizando la utilización de los recursos físicos y humanos.”²⁴²

En la idea de que el nuevo modelo organizativo podría satisfacer mejor estos objetivos estaba implícita la que acusaba al modelo tradicional de no responder adecuadamente a las demandas sanitarias de la población.

En su breve historia, el nuevo hospital ha sido objeto de profundas críticas por parte de los trabajadores de otras instituciones sanitarias. Pero las tensiones que despertó entre los actores de la salud pública provincial no han respondido exclusivamente a las fuentes a partir de las cuales se financiaron

²³⁹ Idem, p. 18.

²⁴⁰ DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *op. cit.*, p. 18.

²⁴¹ Idem, p. 1.

²⁴² Idem, p. 3.

los más de 27 millones de pesos que representó la construcción del nosocomio. Sobre todo, las críticas han apuntado a la escasa vinculación del hospital Heller con el conjunto del subsistema público de salud, lo que se ha reflejado, entre otras formas, en dificultades para desarrollar estrategias conjuntas frente a las demandas sanitarias de la población. Aún cuando desde la propia institución se ha expresado la necesidad de esa integración al subsector público,²⁴³ el modelo organizativo que desde el propio Heller se defiende como modelo de eficacia en la atención y de optimización de los recursos, con frecuencia ha sido visto como un diseño que conduce al hospital hacia un relativo aislamiento respecto de las demás instituciones del sector público. En la perspectiva de algunos actores, era razonable y necesaria la creación de un hospital de complejidad VI en Neuquén, para cubrir así la demanda que creaba el sostenido crecimiento poblacional de la ciudad. Se daba por supuesto, además, que la nueva institución vendría a integrarse al conjunto del subsector público. Sin embargo, el resultado no fue el esperado. Dell'Alli, titular de la Asociación de Profesionales, comenta:

*"[El hospital Heller] nace como una cosa totalmente separada. Con una forma de funcionamiento detrás, separada del sistema. El Heller es como la niña bonita que se la pone ahí (...) y se desintegra totalmente el funcionamiento. (...) No hay ninguna interrelación entre los servicios. Al contrario, hay un corte entre los servicios en general, hay una falta de integración al resto de los hospitales."*²⁴⁴

Es interesante que, al menos de acuerdo a algunas interpretaciones, esa desarticulación entre instituciones hospitalarias no habría sido un resultado involuntario sino uno deliberadamente perseguido por las autoridades. El Heller habría sido concebido como un nosocomio libre de los problemas de otras instituciones sanitarias provinciales. En particular, libre de la

²⁴³ "Su función se llevará a cabo a partir del desarrollo de su actividad como Servicio de Salud Polivalente (Hospital Nivel VI de complejidad, integrado al Sistema de Salud Provincial), bajo los criterios de la Atención Primaria de la Salud, teniendo responsabilidad directa sobre su Área Programa, y siendo el Hospital de referencia para el área Oeste de las zonas Sanitarias Metropolitana y Primera." DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *op. cit.*, p. 13.

²⁴⁴ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

presencia gremial que caracterizaba al hospital Neuquén. El propio Dell'Alli señala:

*"[Los profesionales que se desempeñan en el Heller] hacen la suya. Pero no es que hagan la suya porque los efectores directos, o sea el médico, los que están en la trinchera, quieren hacerlo así; [sino] porque la normativa de trabajo del Heller es así."*²⁴⁵

Y esa normativa habría estado en sintonía con los objetivos de los funcionarios del área, para quienes el nuevo hospital *"no se tiene que contaminar del resto. No quiero que esto se transforme en lo que es el Neuquén. No quiero que se contamine de esto."*²⁴⁶

Que el nuevo hospital pretendía diferenciarse de las demás instituciones del sistema sanitario lo refleja de manera incontestable su rechazo a la organización por áreas o servicios, aún cuando su diseño organizativo no parece haber sido aceptado pasivamente por todos los profesionales de la institución.²⁴⁷ Pero no es sólo allí donde se manifiesta esa pretensión. Uno de los rasgos característicos del Heller fue la firmeza y convicción con la que se apoyó la tercerización de algunas tareas, en particular de aquellas no asistenciales como seguridad, mantenimiento, limpieza, lavadero y cocina. Algunos años después de la puesta en marcha del hospital, desde la propia dirección del Heller se defendía la tercerización señalando:

*"Esta decisión, de avanzada en la provincia, permite que la conducción solamente se ocupe de la supervisión y funcionamiento de los servicios brindados por las empresas."*²⁴⁸

En un contexto de alta desocupación, como en el Neuquén de mediados de la década de 1990, el traspaso de tareas al mercado era justificado como una estrategia para la creación de puestos de

²⁴⁵ Idem

²⁴⁶ En la etapa del diseño organizativo del hospital Heller (1995-1999), Valdemarín ocupó el cargo de Subsecretario de Salud, bajo la autoridad del Ministro de Salud y Acción Social Simón Jalil.

²⁴⁷ Tras los primeros años de funcionamiento, las autoridades del Heller señalaban en su balance que la aceptación del modelo de cuidados progresivos no era absoluta por parte del personal hospitalario, lo que atribuían al "escaso conocimiento que existe sobre el tema, asociado a la dificultad propia en las personas de desarrollar sus actividades en un modelo aún no asumido y con formaciones laborales previas tradicionales." DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *op. cit.*, p. 111.

²⁴⁸ Idem, p. 19.

trabajo y, en función de tal objetivo, la comisión organizadora del Heller mantuvo varias reuniones con representantes de las comisiones de los barrios más populares de la ciudad -Gregorio Álvarez, Gran Neuquén Norte, Gran Neuquén Sur, Villa Ceferino, Islas Malvinas, Cumelén y Unión de Mayo-, precisamente aquellos cuya demanda sanitaria debía ser atendida por el nuevo hospital. Desde las comisiones vecinales se elevó la propuesta de construir una Cooperativa de Trabajo que, empleando trabajadores desempleados de dichos barrios, se haría cargo de proveer los servicios no asistenciales en el hospital Heller.²⁴⁹ No obstante, el proyecto no logró contar con el respaldo de las autoridades del Ministerio de Salud ni del propio hospital, quienes, siguiendo un razonamiento netamente económico, finalmente optaron por ceder aquellas tareas a empresas privadas.

De allí que el argumento de mayor peso a la hora de justificar la necesidad de la tercerización fuera de índole estrictamente económica. Desde la gerencia de administración del hospital, el modelo de la tercerización era defendido en razón de que las tareas traspasadas a firmas privadas *"se han venido desarrollando a un costo global menor respecto a la alternativa de realizarla con recursos propios"*, debido a que *"el costo del salario promedio es menor (y que) el ausentismo es más controlable y por lo tanto menor."*²⁵⁰ Presente en el hospital desde su nacimiento, la lógica de la tercerización se instaló como modo de remediar las dificultades con las que se topaba la institución en su funcionamiento cotidiano. Algunos años más tarde, cuando pedidos de pase, readecuación de tareas y traslados originaron que la cantidad de camilleros fuera insuficiente, el hospital no impulsó la contratación de nuevos camilleros, sino su reemplazo por personal de la empresa de limpieza.²⁵¹ El ejemplo demuestra la fuerza que un razonamiento de carácter economicista había ganado en la institución, haciendo que las fronteras entre lo público y lo privado no estuvieran claramente definidas, abriendo el campo a un permanente acecho del último sobre el primero.

La misma racionalidad parecía ser dominante entre las autoridades sanitarias de aquel período. Esto hace que, en la opinión de algunos trabajadores del subsistema público de salud, más allá de los cambios gubernamentales, sea posible identificar una clara continuidad en las políticas del sector. Para Baltasar Álvarez:

²⁴⁹ Idem, p. 2.

²⁵⁰ Idem, p. 88.

²⁵¹ Idem

“[Entre las diferentes gestiones ministeriales que se han sucedido a partir de los '90, no existe] *ninguna diferencia, porque cualquiera de esas personas lo que permitieron, lo que quisieron hacer fue, en el caso de Valdemarín juntamente con Lara, meter dentro de los hospitales las consultoras que venían del Banco Mundial (...) Cuando asume la segunda etapa, cuando asume Gore, lo que plantean es la incorporación a los hospitales de autogestión, que las consultoras lo que iban a hacer en esa etapa era un relevamiento para después tener todos los elementos para incorporar a la provincia de Neuquén los hospitales de autogestión.*”²⁵²

Aunque en términos generales coincide con esa lectura, Dell’Alli sugiere que si las políticas de desmantelamiento del sistema público de salud no avanzaron con la misma velocidad que lo hicieron en los gobiernos anterior y posterior, los años que transcurrieron entre 1995 y 1999 se habrían caracterizado por una parálisis que estuvo muy lejos de recuperar los pilares del sistema de salud con el que se identificaba el gobierno de Felipe Sapag.

“[Así, el período representó] *un largo paréntesis que en realidad fue profundizando un poquito la cosa. Porque al no resolverse cosas de fondo, como recuperar la idea del full-time, recuperar al recurso humano, estimular al recurso humano [para] que se quiera quedar, [tendió a] favorecer la expulsión del recurso humano con una merma del 20% como la que se hizo.*

[Además, durante esos años] *no se estimula el desarrollo económico de lo otro (el equipamiento sanitario), no se estimula el crecimiento, no se ve que haya pautas. Por ejemplo, un plan de capacitación, que era un poco uno de los pilares y estandartes del sistema. Uno decía: ‘Bueno, vuelve esta gente, volverán a estimular la capacitación para referencia y contrarreferencia, los planes de capacitación...’ Nada. Entonces bajamos un poquitito más, un peldaño más en la estructura.*”²⁵³

²⁵² Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

²⁵³ Entrevista a César Dell’Alli, 05-04-08

Más allá de acciones puntuales en materia sanitaria -como la inauguración del nuevo hospital, aún con todas las críticas que recibió-, el gobierno de Sapag no resultó más que un espejismo del bienestar cuya restauración era esperada por muchos sectores de la sociedad neuquina. Al no haber encarado la recuperación del subsistema público salud que numerosos actores esperaban del gobierno, el sector continuó prisionero de la inercia heredada de las políticas de la administración anterior. Por el contrario, las pocas medidas que se tomaron en el sector tendieron a profundizar las dificultades del mismo, como sucedió con la reducción en un 50% de los montos percibidos por zona desfavorable, lo que provocó una muy fuerte estampida de profesionales que abandonaban sus dedicaciones exclusivas en busca de mayores remuneraciones en el ascendente sector de las clínicas privadas.

Capítulo IV

¿La salud es una sola? El subsistema público bajo un neoliberalismo tardío

Durante la reforma de la Constitución de la provincia de Neuquén, que se llevó a cabo entre diciembre de 2005 y febrero de 2006, como muchas otras, la problemática de la salud fue objeto de análisis y propuestas por parte de los convencionales. En el proyecto que sobre esa cuestión impulsaron los integrantes del bloque del MPN, se proponía la modificación de algunos artículos que permanecían vigentes desde la Constitución de 1957. Al argumentar que la vieja carta no contenía una mención explícita al derecho a la salud, los convencionales del partido provincial buscaban despertar la adhesión de los demás constituyentes. Pero sus propósitos apuntaban al mismo tiempo a dar *status* constitucional al recupero financiero de las prestaciones brindadas por los hospitales a todas las personas que contaran con cobertura social. En la fundamentación de su propuesta, los representantes del MPN argumentaban:

*"Sabido es que nuestro ejemplar Sistema de Salud Provincial, brinda atención no solo a aquellas personas que habitan en la Provincia, sino que por su excelencia es utilizado por personas provenientes de otras provincias e incluso por extranjeros. Por tanto la propuesta, tiene por objeto generar las primeras herramientas para que el Estado pueda recuperar los gastos por los servicios prestados a personas con cobertura social o que deberían ser atendido por un sistema de salud pública de otra jurisdicción."*²⁵⁴

El proyecto, sin embargo, no logró reunir en la comisión más apoyo que el de los representantes del MPN, por lo que finalmente no resultó incorporado a la nueva carta constitucional.

La caracterización que los convencionales del MPN hacían del sistema provincial de salud era, en cierto modo, tributaria de la trayectoria que el mismo tomó a partir de la década de 1970, con la instrumentación del Plan de Salud y su conocida jerarquización de la atención primaria que, entre sus resultados más resonantes,

²⁵⁴ Proyecto n° 123 de Reforma, Expte. C-124/06, Bloque Convencionales del MPN, Convención Constituyente de la Provincia de Neuquén, 07-01-06, p. 11.

produjo una notable caída en la mortalidad infantil. En los debates desarrollados durante la Convención, Pedro Salvatori, presidente del bloque del MPN, expresaba sin titubear:

*"A mí no me consta que haya perdido calidad la prestación de la Salud en Neuquén, al contrario, nosotros escuchamos solamente elogios sobre el plan de salud del Neuquén y el Movimiento Popular Neuquino con mucho esfuerzo, con mucho sacrificio, con mucho gasto por habitante, lo ha podido mantener y lo sigue manteniendo y sigue siendo referencia a nivel nacional."*²⁵⁵

Sin embargo, esa imagen de ejemplaridad y excelencia que los convencionales del partido provincial evocaban parecía más bien un eco de décadas pasadas que una descripción sincera de la situación del subsistema público de salud, que ya enfrentaba una crisis que no haría más que agravarse en los tiempos posteriores.

Apenas diez meses después de aquellas declaraciones, Jorge Villagra, un joven de 31 años que había ingresado al hospital Castro Rendón con un cuadro de apendicitis, falleció tras permanecer dieciocho horas esperando ser operado y como producto del shock séptico que la demora le produjo.²⁵⁶ Sin duda alguna, la muerte de un paciente hospitalario a causa de un padecimiento como aquel, revelaba de la manera más contundente que las instituciones de la salud pública provincial estaban lejos de corresponder con el escenario idealizado al que se referían los constituyentes del MPN. El mismo caso fue también representativo de la respuesta de las autoridades oficiales ante los evidentes signos de crisis del subsistema público, ya que el deceso se produjo en el hospital de máxima complejidad de la provincia. Cuando se conoció la noticia del fallecimiento de Villagra, tras el que sus familiares iniciaron una causa judicial, José Russo -entonces director del hospital Castro Rendón y en la actualidad diputado provincial por el MPN-, declaró con toda prisa a los medios que lo sucedido no había sido provocado por falta de recursos sino por un error cuya causa quedaba por investigarse.

Pero si se atiende al contexto general del subsistema público de salud en el que ocurrió, la muerte de ese paciente no parece una extraña anomalía sino un caso que, precisamente por su

²⁵⁵ *Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de la Provincia de Neuquén, Segunda Sesión Ordinaria, Neuquén, 6 de febrero de 2007, p. 31.*

²⁵⁶ *Río Negro, 04-01-07, p. 11.*

carácter extremo, revelaba la profundidad de la crisis de los hospitales neuquinos. Cuando Villagra ingresó a internación, el hospital Castro Rendón sólo contaba con cuatro anestesistas como producto de la retirada, en menos de dos años, de los otros siete que conformaban el equipo de profesionales que participaba en todas las prácticas quirúrgicas realizadas en la institución.²⁵⁷ En la declaración indagatoria que le tomó la Justicia, uno de los dos médicos acusados de ser responsables del episodio argumentó que Villagra no fue operado porque “*existieron otras cirugías por las que quedó relegado.*”²⁵⁸ Ello significaba que, contra la versión del director Russo, no se había tratado de un mero error sino de una verdadera incapacidad del hospital de máxima complejidad de la provincia para responder adecuadamente en casos de operaciones de urgencia. El caso revelaba de un modo dramático serias dificultades en el funcionamiento de los quirófanos, producto de las deficientes políticas públicas en materia de formación de recursos humanos, como también de la cartelización de algunos profesionales de especialidades críticas.

Aunque no tuvo un desenlace trágico, un suceso no menos dramático ocurrió pocos meses después. En la madrugada del 30 de agosto de 2007, un paciente que no pudo ser operado en el hospital Heller por falta de anestesistas, fue derivado a la terapia intensiva del Castro Rendón. Sin embargo, como todas las camas del sector estaban ocupadas, el paciente debió esperar en la guardia de urgencias, junto a otra paciente que ingresó poco tiempo después. Sendos enfermeros les brindaron asistencia respiratoria manual durante siete horas, dado que el hospital no tenía capacidad para atenderlos y que ninguna clínica entre Cutral Có y General Roca aceptó la derivación de los dos pacientes.²⁵⁹ Además de la retención de las clínicas privadas, el caso volvió a mostrar la grave situación del hospital de máxima complejidad de la provincia, que entonces sólo mantenía cinco de las siete camas disponibles en la terapia intensiva y registraba una importante falta de enfermeros para cubrir adecuadamente las necesidades de cada sector.

La del hospital Castro Rendón no era una crisis aislada ni pasajera. Hacia la misma fecha, el hospital Heller, que atiende las necesidades de los barrios más populosos de la capital provincial y al que concurre la población con mayores necesidades básicas insatisfechas, registraba unos 420 pacientes en lista de espera para

²⁵⁷ *Río Negro*, 09-01-07, p. 12.

²⁵⁸ *Río Negro*, 13-07-07, p. 32.

²⁵⁹ *Río Negro*, 31-08-07, pp. 8-9.

ser intervenidos quirúrgicamente.²⁶⁰ Por otra parte, al hospital Heller le bastaron tan sólo unos pocos años de funcionamiento para ser testigo directo del aumento sostenido de patologías básicas, directamente ligadas al crecimiento de la población con necesidades básicas insatisfechas. Por sólo mencionar un ejemplo, los casos de diarrea pasaron de 1.878 en 1999 a 2.984 en 2000, 3.135 en 2001 y 3.842 en 2002.²⁶¹ Sin duda alguna, el panorama del subsistema público de salud estaba lejos de responder a la representación que del mismo habían hecho los convencionales del MPN apenas un año atrás, durante la reforma constitucional que estableció el derecho a la salud y la obligación de garantizarlo por parte del Estado provincial.

La brecha entre los discursos oficiales y la situación real de la salud pública provincial se hace todavía más pronunciada si se toman en cuenta las altisonantes declaraciones que al respecto hiciera el propio Sobisch. En una conferencia que dio en la Universidad del CEMA en diciembre de 2004, ya lanzado en su campaña presidencial, comentaba a los asistentes:

“La provincia de Neuquén tiene el mejor sistema de salud de Latinoamérica, ese sistema de salud tiene una matriz que duró a lo largo de los años y que fue enriquecida por los diversos gobiernos.”²⁶²

No se trataba de una imagen destinada a cautivar a ese ocasional auditorio. La misma representación acerca del sistema de salud era levantada en la escena neuquina como uno de los más importantes logros del gobierno provincial. En junio de 2005, el vicegobernador Brollo no dudaba en declarar:

“Los neuquinos tenemos que estar orgullosos, porque contamos con un sistema público de salud que funciona bien. Hay deseos y voluntad de seguir manteniendo el mejor sistema público, en el que se pagan los mejores sueldos del país, y tenemos la mejor infraestructura para desarrollar la tarea. No podríamos tener el mejor sistema de salud si no tuviéramos los hospitales como están y las ambulancias funcionando. Eso, junto con el recurso

²⁶⁰ *Río Negro*, 13-01-07, p. 15.

²⁶¹ DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *op. cit.*, p. 23.

²⁶² Conferencia de Jorge Sobisch en la UCEMA.

<http://www.cema.edu.ar/cgc/sobisch.html>

humano calificado y comprometido con la tarea, es lo que ha permitido que sintamos orgullo de nuestro sistema de salud."²⁶³

Sin embargo, para la misma fecha en que las dos figuras máximas del ejecutivo se empeñaban en defender aquella imagen, el sistema provincial de salud ya venía mostrando fuertes señales de crisis y éstas se concentraban especialmente en el sector público. Los gremios de profesionales y empleados de hospitales como el Castro Rendón se encontraban entonces manteniendo reclamos por mejoras en sus salarios y por una mayor inversión en equipamiento sanitario para los hospitales públicos. Frente a estos reclamos, la respuesta de las autoridades no fue otra que la de restar importancia al conflicto, cuando no directamente la deslegitimación del mismo. En junio de 2005, algunos manifestantes lanzaron materiales descartables a la Casa de Gobierno en señal de protesta a las políticas sanitarias aplicadas por las autoridades. El episodio fue utilizado por el gobierno para montar una campaña mediática contra los gremios de salud pública, en la que el propio ministro del área, Fernando Gore, también tomó parte al calificar los hechos de "atentado bacteriológico".²⁶⁴

Un año después, frente a otros reclamos planteados por los trabajadores de la salud pública, el vicegobernador Brollo sostenía:

*"La efervescencia está fundamentalmente en algunos sectores gremiales públicos... (...) Es injusto que nos esté pasando esto cuando estamos pagando los mejores sueldos y se cuenta con la mejor infraestructura que existe en el país para desarrollar las tareas."*²⁶⁵

La misma postura era mantenida por los responsables del propio Ministerio de Salud y Acción Social. En el Informe de Gestión ministerial publicado en 2003 -en el que se realizaba un balance de la gestión sanitaria en el período 1999-2003, durante el cual Jorge Lara estuvo al frente de la cartera-, una de las principales dificultades del sistema sanitario provincial era identificada en la "falta de interés y de actitud de nuestros agentes en asumir la

²⁶³ "Neuquén Hoy", *Boletín Informativo* n° 1.358, Secretaría de Estado de Prensa y Comunicación – Provincia de Neuquén, 15-06-05, p. 8.

²⁶⁴ "Neuquén Hoy", *Boletín Informativo* n° 1.349, Secretaría de Estado de Prensa y Comunicación – Provincia de Neuquén, 02-06-05, p. 11.

²⁶⁵ "Neuquén Hoy", *Boletín Informativo* n° 1.358, Secretaría de Estado de Prensa y Comunicación – Provincia de Neuquén, 15-06-05, p. 8.

*Administración de Servicios de Salud.*²⁶⁶ Además de esa "crisis de conducción" con la que se responsabilizaba a los propios agentes sanitarios de la complicada situación de la salud pública, se mencionaba como otra de las dificultades a superar la "lógica del presupuesto utópico", a la que -de acuerdo a los funcionarios del área- permanecían atados los gremios del sector aún cuando el gobierno provincial había incrementado el presupuesto del mismo, sobre todo con la construcción de nuevos hospitales en el interior.

Sin embargo, durante el mismo período cuyos resultados eran presentados en el Informe, comenzaron a hacerse manifiestos algunos severos problemas en el funcionamiento del sector público en general y de algunas de sus instituciones emblemáticas en particular. Uno de esos casos fue el colapso que enfrentó el servicio de quirófanos del hospital Castro Rendón, cuando el nosocomio debió funcionar con una única sala de operaciones a raíz de los problemas de infraestructura que se registraban en las restantes. Las obras de remodelación de esos quirófanos se prolongaron por dieciocho meses, un tiempo excesivamente superior a los cuatro meses planificados inicialmente. Durante todo ese período, ante la incapacidad de dar respuesta a la demanda de la población, el hospital Castro Rendón se vio obligado a derivar pacientes a otras instituciones. Frente a la negativa del Heller de aceptar derivaciones y, dada la prescindencia del ministro Gore, expresa Gustavo García, entonces a cargo del servicio de cirugía del hospital:

*"Nos dan como única alternativa trabajar con las clínicas privadas, ir a operar pacientes a las clínicas privadas, ya sea la Pasteur, el Ados y también el Policlínico Neuquén."*²⁶⁷

En un primer intento, aquella medida fue interpretada como un improvisado remedo sobre las deficiencias del subsistema sanitario público y que, después de todo, no hacía más que revelar la precariedad con la que funcionaba la principal institución del sector. Pero se trataba, en realidad, de algo más que una respuesta puntual a dificultades coyunturales por las que atravesaba un servicio médico en particular. Que la derivación de pacientes a clínicas privadas era perseguida por las propias autoridades del sector resultaba claro para algunos miembros del subsector

²⁶⁶ SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003, p. 12.

²⁶⁷ Entrevista a Gustavo García, 08-10-07.

público. Aún cuando desde la Asociación de Profesionales se realizaron propuestas para articular los servicios quirúrgicos de los dos principales hospitales de la ciudad, existieron enormes dificultades para *"convenir con el Heller algo. No por problemas de la gente directamente del Heller. (...) El freno desde la dirección del Heller fue notorio. De la dirección y de la estructura de conducción"*, recuerda Dell'Alli. Y frente a esto, la actitud de las autoridades fue de una clara prescindencia:

*"Gore se excusaba diciendo que los grandes problemas eran que él tenía un límite en el ministro [Lara], porque el ministro terminaba decidiendo (...) ni siquiera [asumieron] la lógica de terciar, tratando de buscar algo que nos beneficie a todos, porque acá somos todos lo mismo, esto es un sistema."*²⁶⁸

Lo que se había manifestado inicialmente con el área quirúrgica, pronto comenzó a hacerse evidente también en otros servicios, como el de diagnóstico por imágenes, cuando los desperfectos técnicos que sufrían los equipos del hospital, sobreutilizados y faltos de mantenimiento, profundizaron la práctica de la derivación de pacientes hacia el sector privado. Este camino, al que los hospitales fueron conducidos mediante una sistemática desinversión en equipamiento y recursos humanos capacitados, se convirtió rápidamente en un procedimiento habitual dentro del sector público. Como refiere Dell'Alli:

*"[Toda la demanda que el hospital no alcanzaba a cubrir] va afuera. Como ya está instalada, porque ya está este mal hábito que se instala: 'Bueno, si el problema no se soluciona, se soluciona por acá', (...) 'Bueno... tengo que solucionar el paciente y no puedo esperar veinte días' (...) y se va instalando... como una práctica cotidiana, en lo habitual."*²⁶⁹

Poco tiempo más tarde, lo mismo sucedió con el sector de terapia intensiva del hospital Neuquén, que se convirtió en una fuente permanente de clientes para clínicas de muy reciente creación, pero fuertemente beneficiadas por un Estado provincial que prefería dirigir la demanda al privado -subsidiando los costos-

²⁶⁸ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

²⁶⁹ Idem.

en lugar de invertir en el subsector público. Uno de los casos que demuestran más claramente ese crecimiento de lo privado a expensas de lo público es el de la clínica San Agustín, *"un lugar que nace netamente para ser subsidiado por lo que el sistema público de salud no podía hacer. (...) Cuando nace, vos a San Agustín le derivabas los pacientes que nosotros no podíamos tener."*²⁷⁰

Pero si fue ese y no otro el resultado, se debió a que formaba parte de los objetivos planteados desde el propio gobierno provincial. Al realizar el repaso de ese período de gestión, desde el Ministerio de Salud se señalaba: *"La necesidad de optimizar los recursos se profundizó por la crisis de este período."* Uno de los ejemplos fue la grave situación de los quirófanos desatada en el Castro Rendón hacia el 2001. Frente a ello, desde el ministerio se mencionaba:

*"Una de las alternativas para mejorar la accesibilidad y las respuestas oportunas a necesidades de mayor complejidad y especialidades críticas fue la de utilizar los recursos tecnológicos disponibles en distintos puntos geográficos a través de convenios con otros prestadores, favoreciendo la capacidad de respuesta de una verdadera red mixta público-privada en varios aspectos."*²⁷¹

De este modo, en lugar de promover la financiación del subsistema público, se apuntó a subsidiar la demanda para favorecer a las instituciones privadas con un flujo creciente de pacientes derivados desde los hospitales.

La salud pública en el Neuquén de la confianza

Bajo esa singular articulación del sector público con el privado, este último no era concebido como un complemento ocasional del primero. Más bien, lo que las autoridades oficiales perseguían era el fortalecimiento del sector privado. En julio de 2004, Sobisch explicitó por primera vez el espíritu de las políticas que desde hacía tiempo venía implementándose en el sector. En una conferencia de prensa realizada en Zapala, el gobernador sostuvo sin reparos que su administración apoyaría financieramente a las empresas de la medicina privada, señalando:

²⁷⁰ Idem

²⁷¹ SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003, p. 12.

*"Tenemos tan buen servicio de Salud en la provincia de Neuquén que los privados se están fundiendo y debemos revertir esa situación."*²⁷²

Para apuntalar un tanto más su endeble argumento, el mandatario echó mano de otro no menos sorprendente:

*"Aquí hay que pensar que le estaremos dando una mano a los camilleros, a las enfermeras y a las 3.000 personas que dependen de esta actividad para subsistir."*²⁷³

Pocos días más tarde, el ministro Lara respaldó la decisión de financiar a las empresas médicas *"porque el sistema privado de salud atiende al 50% de la población y el hospitalario al otro 50%."*²⁷⁴

Si algo de bueno tuvieron los extravagantes enunciados de Sobisch y Lara, fue que por primera vez hicieron público el favorecimiento del gobierno provincial a la medicina privada y, al mismo tiempo, que permitieron identificar las posiciones que asumieron los distintos actores de la comunidad sanitaria frente al rumbo marcado por las autoridades. Los gremios de los trabajadores del subsector público rechazaron enérgicamente la decisión del gobierno provincial de destinar fondos públicos a la medicina privada, denunciando en ello la existencia de una política comprometida con el desmantelamiento del subsistema. En particular, la Asociación de Profesionales acusó al gobierno provincial de emplear los recursos asignados al subsector para fines políticos y no para solucionar los problemas de las instituciones de la salud pública. Si el informe de gestión del período 1999-2003 pretendía mostrar un gobierno comprometido con el incremento del gasto en salud pública -sobre todo a partir de la inauguración de nuevos hospitales en el interior-,²⁷⁵ el entonces presidente de la Asociación de Profesionales, Roberto D'Angelo, expresaba que en *"el mensaje del gobierno parecería ser que contribuir al subsistema público de salud es levantar edificios. O sea, levantando carcazas edilicias está todo solucionado."*²⁷⁶ Para D'Angelo, la construcción de hospitales que comenzaban a mostrar problemas de

²⁷² *Río Negro*, 12-07-04, p. 15.

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ *Río Negro*, 21-07-04, p. 15.

²⁷⁵ SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003, pp. 55-56.

²⁷⁶ *Idem*

funcionamiento a escaso tiempo de su inauguración, distaba mucho de propender al mejoramiento del subsector y más bien mostraba que había *"un verdadero corrimiento del rol del Estado, del rol del gobierno, en lo que hace al desarrollo del Plan de Salud."*²⁷⁷ La contundente participación de los jefes de servicio del hospital Castro Rendón en la marcha que se dirigió hacia el Ministerio de Salud y luego a la Casa de Gobierno, con el objeto de mantener una audiencia con el mandatario, confirmaba el amplio rechazo de los profesionales del subsector público hacia las políticas sanitarias de la administración Sobisch. Del reclamo también participaron, como lo venían haciendo desde meses atrás, dirigentes de ATE, miembros de la Junta Interna del Castro Rendón, de la Agrupación Unida de Enfermeros del Neuquén (AUEN) y médicos nucleados en la Asociación Médica de la República Argentina (AMRA).

Pero no todos los miembros de la comunidad sanitaria provincial se mostraron en desacuerdo con las declaraciones de Sobisch. En los momentos más agudos del conflicto, una de las corporaciones más poderosas del sector salió a respaldar la postura del gobernador de brindar apoyo económico a la medicina privada. El presidente del Colegio Médico de Neuquén, Marcos Cohen Sabban, declaró, confrontando con la posición de los sectores en lucha:

*"No se puede seguir pensando políticas en función del sistema público y del privado por separado. La salud es una sola, porque la mitad de la población se atiende en los hospitales y la otra mitad en las clínicas."*²⁷⁸

A esto agregó la necesidad de *"mejorar los honorarios de forma urgente"*, sosteniendo que el incremento en los costos médicos obligaba a elevar el precio de las prestaciones ofrecidas por los galenos colegiados. De esta manera, si frente al proceso de franco desmantelamiento del subsistema público de salud el Colegio Médico mantuvo una actitud netamente prescindente, salió a dar firme apoyo a Sobisch cuando éste se comprometió a derivar fondos públicos a las empresas privadas de salud.

Sin embargo, las primeras páginas del nuevo capítulo que las declaraciones de Sobisch abrían en la historia del sistema sanitario provincial habían comenzado a escribirse algún tiempo atrás. Como hemos visto más atrás, el impulso oficial al crecimiento del

²⁷⁷ Informe de la Cadena Abierta de Radios, 30-07-04.
<http://www.8300.com.ar/spip.php?article399>.

²⁷⁸ *Río Negro*, 29-07-04, p. 12.

subsector privado había comenzado a manifestarse claramente en los servicios quirúrgicos y de terapia intensiva, frente a cuyas problemáticas el gobierno respondió con la derivación de pacientes hacia las clínicas. Pero de subsidiar la demanda -con la transferencia de pacientes del hospital o la sobreprestación médica a los afiliados de la obra social estatal-, el gobierno de Sobisch había pasado a subsidiar la oferta mediante una incontrolada transferencia de recursos a clínicas privadas. Entre las más beneficiadas se contaban las que vendían servicios intensivos en tecnología y frente a las cuales el subsector público podía prestar escasa competencia a causa de la sistemática desinversión que sufría. Ese fue el caso del diagnóstico por imágenes, cuyo crecimiento mucho se debió al respaldo otorgado por el gobierno provincial. Tal como la Asociación de Profesionales denunció a la justicia, solamente en los tres primeros meses del 2003, las empresas de Schroeder y la de Moguillansky y Veciglio facturaron a la provincia un total cercano al medio millón de pesos, aún cuando en realidad prestaron servicios por solamente 285.137 pesos.²⁷⁹ ¿A qué respondía la diferencia entre una y otra cifra? A que el gobierno provincial suscribió con esas firmas contratos que aseguraban a éstas montos fijos, independientemente de los servicios que efectivamente prestasen. Por ejemplo, mediante un convenio firmado a fines de 2002, la Subsecretaría de Salud aseguró a la empresa Clínica de Imágenes -de Schroeder- un ingreso mensual fijo mínimo de casi 114 mil pesos, que se hacían efectivos aún si la firma realizara prestaciones por debajo de esa cifra. Por supuesto, si los superaba, accedía a cobrar también la diferencia sobre aquel mínimo.²⁸⁰ Un convenio similar se firmó con la empresa Medicina XXI, propiedad de Moguillansky.

En la perspectiva de los actores del subsector público, la política de no atender a los verdaderos requerimientos de los hospitales -en materia de equipamiento y de recursos humanos- y de financiar simultáneamente la expansión de la oferta privada, representó la decisión del Estado provincial de renunciar a la regulación del sistema de salud y abandonar a éste a una (ir)racionalidad de carácter mercantil. Para César Dell'Alli, al transformarse en una mercancía, "*la salud dejó de ser un derecho que tiene el paciente frente a una situación desgraciada, como es que su salud se altere*"²⁸¹. Señala, además, que los perjuicios de

²⁷⁹ Río Negro, 17-07-04, p. 14.

²⁸⁰ Periódico 8300, 02-04-08.

²⁸¹ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08

esas políticas no se habrían limitado a las transferencias financieras, sino que comportaron un debilitamiento del Estado frente a otros actores del sistema sanitario:

*"Si vos dejás a las corporaciones es imposible, es imposible... se va todo a la mierda. La corporación de imágenes existe, funciona. El número de tomógrafos y resonadores que tenemos en este lugar es una locura. Con menos de la mitad de esto se manejan poblaciones que nos triplican en número. Esto es el colmo de la irracionalidad. Que un tomógrafo computado o un resonador funcione, como funciona acá en la región de las 00:00 a las 00:00, todo el día, los 365 días del año, no puede ser. En ningún lado está esta tasa de uso."*²⁸²

En la opinión de Baltasar Álvarez:

*"[Que el Estado haya abandonado su función regulatoria frente a esos actores explica] lo que está pasando hoy: sobrefacturación, sobreprestación e incorporación de tecnología absolutamente absurda. (...) lo que interesó desde el punto de vista de lo público fue la incorporación de la aparatología a la medicina privada como una cuestión de mercado, no por una cuestión de necesidad. (...) Creer que la medicina privada se puede integrar a lo público a nosotros nos parece un error."*²⁸³

Al promover un retroceso de atribuciones del Estado en materia sanitaria, las políticas del gobierno de Sobisch abrieron el terreno al fortalecimiento de las corporaciones profesionales, que poco a poco -como la situación de los anestesistas finalmente demostraría de manera contundente- irían ganando fuerza al punto de imponer condiciones sobre las políticas sanitarias del Estado provincial.

Más allá de las denuncias que, ante la opinión pública y la propia justicia, los trabajadores del sistema sanitario realizaron acerca de tal uso de recursos públicos, la práctica de subsidiar el crecimiento de la medicina privada se mantuvo como una línea directriz de la política sanitaria del gobierno de Sobisch. Al tiempo que la derivación de pacientes del sistema público a las clínicas

²⁸² Idem.

²⁸³ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

continuaba con paso firme -concentrando además los beneficios en aliados estratégicos del gobierno-,²⁸⁴ la transferencia directa de dinero a las empresas médicas no hizo más que profundizarse. En los últimos días de enero de 2007, la diputada provincial por el ARI, Beatriz Kreitman, y el candidato a gobernador del UNE, Julio Fuentes, realizaron una denuncia sobre fondos girados por el gobierno neuquino a un grupo de instituciones de la medicina privada. Según los cálculos de los denunciantes, entre los años 2004 y 2006, la administración provincial había transferido más de veinte millones de pesos, en concepto de pagos por servicios a empresas médicas y a otras firmas privadas por tareas tercerizadas dentro del subsistema público, tales como transporte, seguridad, limpieza y gastronomía. Mientras que en el año 2004 se habían destinado al sector privado alrededor de cinco millones de pesos, en 2006 treparon a más de nueve millones de pesos. En total, unas ochenta firmas se vieron beneficiadas de ese flujo de recursos orientado por el propio Estado provincial hacia el mercado de la salud. Entre las principales beneficiarias de esas transferencias se contaban Air Liquide, Clínica de Imágenes, Fresenius Medical, Policlínico Neuquén y Sanatorio Plaza Huinul.²⁸⁵

La pretendida "articulación" entre los subsectores público y privado del sistema de salud a la que desde el gobierno se refería con tanta insistencia, no era más que una abierta e incontrolada transferencia de recursos públicos hacia empresas privadas. Pero esa política no tuvo como únicos resultados el enriquecimiento de los propietarios de aquellas firmas, el desfinanciamiento de la obra social estatal y la agudización de la crisis del subsistema público. Esa singular "articulación" entre lo público y lo privado llevó también a una profunda segmentación del sistema provincial de salud en dos ámbitos de prestaciones claramente delimitados: por una parte, el conjunto de quienes cuentan con cobertura social y concurren a instituciones privadas; por la otra, el colectivo

²⁸⁴ Como informaba un medio local, en los tres primeros meses del 2004 solamente desde el hospital Neuquén se derivaron 298 pacientes al sector privado, de los cuales "178 fueron para Medicina XXI; 114 a la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén; 4 para la Clínica Mognillansky y 1 para la Clínica de Imágenes. La práctica restante, fue para 'otros'." *Periódico 8300*, 02-04-08.

²⁸⁵ Air Liquide recibió, por provisión de oxígeno, 2.283.608 pesos en un solo año. Clínica de Imágenes se hizo con 1.692.516 pesos por recibir pacientes derivados del hospital Neuquén. Fresenius Medical, una empresa que prestó servicios de diálisis en los hospitales de San Martín de los Andes, Zapala y Neuquén, cobró 1.318.183 pesos entre septiembre de 2005 y noviembre de 2006. Por otra parte, el Policlínico Neuquén y el Sanatorio Plaza Huinul recibieron 823.502 y 723.542 pesos respectivamente, por la derivación de pacientes desde el subsistema público. *Río Negro*, 30-01-07, p. 6.

conformado por las personas sin cobertura social -sea porque no la tienen, sea por la desfinanciación de sus obras sociales- y que dependen exclusivamente del sector público para atender sus necesidades. Si, por ejemplo, se analizan los nacimientos producidos en la provincia de Neuquén durante el año 2006, se tiene que de un total de 10.852 bebés, el 48,8% nacieron de madres que estaban asociadas a alguna forma de cobertura, mientras que un 49,64% lo hicieron de madres sin cobertura.²⁸⁶ Tales cifras parecen indicar una situación de equilibrio entre los dos sectores. Ahora bien, si se descomponen esos dos conjuntos se advierten mejor los efectos de las políticas sanitarias del gobierno provincial. Entre las madres que contaban con cobertura, el 79,5% de ellas tuvo sus hijos en instituciones de salud privadas, mientras que sólo el 20% lo hizo en hospitales públicos. En cambio, entre las madres que no contaban con cobertura, el 99% tuvo sus hijos en el subsistema público.²⁸⁷ Estos datos sugieren que, lejos de la reputación de excelencia de la que gozaba el hospital público en épocas anteriores, las políticas sanitarias aplicadas en los últimos años han hecho que en la actualidad sólo sean mayoritariamente los sectores sociales de más bajos recursos los que recurren a esas instituciones. A diferencia de lo señalado por Lara y por Cohen Sabban acerca de que "*la salud es una sola*", el ejemplo revela la existencia de al menos dos saludes claramente diferenciadas: una para los ricos y otra para los pobres.

De esta manera, las políticas sanitarias aplicadas durante los gobiernos de Sobisch apuntaban a la instauración de una nueva división del trabajo en el ámbito de la salud. Si en las décadas anteriores el Estado había mantenido un papel protagónico en la provisión de servicios sanitarios para el conjunto de la población, en la mirada de las nuevas autoridades, la función del Estado no debía ser otra que atender exclusivamente a los sectores sociales más vulnerables. Sin embargo, todavía más preocupante que estas constataciones resulta el hecho de que las políticas sanitarias de los últimos gobiernos han logrado en muy corto plazo una modificación en el imaginario de la sociedad neuquina: la población parece haber mudado hacia el mundo de las clínicas privadas la imagen de excelencia antes asociada a los hospitales de la provincia y los

²⁸⁶ La estadística se completa con 155 casos (0,13% del total) de nacimientos que no especifican si las madres contaban o no con cobertura. DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD, "Estadísticas Vitales - Información Básica 2006", Serie 5, nº 50, Ministerio de Salud de la República Argentina, Buenos Aires, 2007, pp. 19-22

²⁸⁷ Idem.

nuevos profesionales parecen haber inclinado sus preferencias laborales hacia ese sector.²⁸⁸

En 1991, Jorge Gorosito y Horacio Heller no dudaban en reconocer que el subsector público neuquino, entre otros de sus logros, "*desarrolló la alta tecnología, y a través de la calidad y eficiencia alcanzada en este campo, logró legitimación en las capas superiores de la sociedad.*"²⁸⁹ Algo más de quince años más tarde, según Dell'Alli, estas mismas palabras han perdido todo sentido. Desde la Asociación de Profesionales, su presidente refiere que en la actualidad ocupa una posición dominante -inclusive entre los usuarios del hospital público- "*el concepto: 'Yo vengo acá porque no tengo obra social.' Vos le decís: 'No, señora, está equivocada, usted tiene la obra social y es lo mismo.'*" Pero quienes cuentan con cobertura social concurren a las clínicas privadas, donde "*la gente cree que porque tienen la tecnología está bien cubierta. El marketing es 'tenemos tal cosa' (...) Ahora la mano es qué cosa le puedo mostrar yo al tipo que tengo desde el punto de vista tecnológico.*" Pero bajo esas condiciones, señala Dell'Alli, "*la medicina que le están prestando es mala (...) Es mala por el sentido en sí mismo, cuando el sentido es que a vos te van a comercializar como a un objeto determinado, es malo.*"²⁹⁰ Así, mientras que los desfinanciados hospitales públicos se ocuparían de atenciones básicas no rentables, las clínicas privadas serían las encargadas de proveer las más onerosas especialidades intensivas en tecnología,

²⁸⁸ Estos cambios también impactaron en los jóvenes profesionales que ingresan al sistema de residencias. Todavía en la década del ochenta, el objetivo principal de casi la totalidad de los médicos que lograban ingresar a las residencias era, más allá de capacitarse y obtener el título de especialista, el de poder ingresar al subsistema público de salud. Actualmente, en numerosos casos ese objetivo fue reemplazado por el de capacitarse para rápidamente ingresar al mercado, ofreciendo sus habilidades en forma independiente o en alguna institución privada. Para Gabriela Luchetti, quien fue instructora de residentes de Tocoginecología entre 1996 y el 2006, si bien en los noventa la movilidad en el sistema era bastante escasa, los cargos que se abrían eran igualmente ocupados por los egresados. En los últimos años, esta situación varió. Aunque los cargos se multiplicaron, los residentes que completaron su formación parecen haber perdido interés por ocuparlos. Todas las razones esgrimidas por los nuevos especialistas apuntaban a lo económico: las diferencias salariales entre en el subsistema público y el ámbito privado eran significativas. Avalando con cifras estas afirmaciones, la Dra. Luchetti expresa que en el año 2001 aproximadamente el setenta por ciento de los egresados de Ginecología y Obstetricia estaban trabajando en el sistema. En contraposición, en el año 2007 ningún egresado se incorporó al sistema. Entrevista a Gabriela Luchetti, 09-03-08

²⁸⁹ Cfr. GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 94.

²⁹⁰ Entrevista a César Dell'Alli, 05-04-08.

cuyo equipamiento fue en gran medida financiado por el propio gobierno provincial. Al respecto, Dell'Alli señala:

“[Para las autoridades sanitarias provinciales] *la integración es esto: que el Estado pague y ponga para que los privados hagan lo rentable, lo no tan rentable le queda al Estado, que el Estado se encargue de la vacunación, de la prevención de algunas cosas, que eso no es rentable.*”²⁹¹

Lejos de pensar en una complementación con el subsistema público de salud como la que se había mantenido en las décadas previas,²⁹² la dirección del Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN), empujó a la obra social provincial al destino de ser proveedora de clientes para las clínicas privadas. Si hacia el 2003 observaban que *“el rol de la Obra Social Provincial es muy fuerte en lo que respecta al financiamiento privado”*,²⁹³ las autoridades sanitarias buscaron profundizar ese camino. Siendo la obra social más importante de la provincia con sus más de 165.000 afiliados y con un promedio de ocho consultas por afiliado-año,²⁹⁴ el ISSN aparecía como un jugoso mercado para las empresas de la medicina privada. Después de todo, ello no era demasiado novedoso puesto que, al menos desde 1970, *“el subsector privado basó su atención y expansión en los pacientes cubiertos por obras sociales, en especial la Obra Social Provincial”*.²⁹⁵ Sin embargo, las prácticas de sobreprestación y sobrefacturación por parte de clínicas y consultorios eventualmente llevaron a la obra social a caer en severos déficits financieros. Y aún cuando la obra social entró en aprietos económicos, como producto de aquella transferencia de recursos al subsector privado, las corporaciones profesionales nucleadas en el Colegio Médico no dudaron en hacer valer la fuerza ganada durante la década de 1990.

En abril de 2007, la institución reclamaba al ISSN un aumento del valor de la consulta, fundando la demanda en el incremento del 20% que la Superintendencia de Salud había

²⁹¹ Idem

²⁹² Desde 1982 el ISSN pagaba al subsistema público por prestaciones de alta complejidad efectuadas en el hospital Neuquén. Cfr. GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 98.

²⁹³ SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003, p. 11.

²⁹⁴ Idem, p. 48.

²⁹⁵ Cfr. GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 94.

establecido sobre el costo de las prestaciones médicas de todas las obras sociales del país, como también en que "los gastos en salarios y alquileres en Neuquén se incrementaron un 50%",²⁹⁶ según sostenía Cohen Sabban, presidente del Colegio Médico. Sin embargo, la institución exigía aumentar el valor de la consulta de 11 a 25 pesos, lo que implicaba un incremento del 127%, muy por encima de los aumentos reconocidos por el gobierno nacional como del incremento de costos reconocido por el propio Colegio. Para forzar la concesión del aumento, el Colegio Médico presionó directamente cortando las prestaciones al ISSN, dejando sin cobertura a millares de afiliados.²⁹⁷ Finalmente, el ISSN accedió a elevar el costo de la consulta a 20 pesos, pero incrementando el coseguro pagado por el afiliado de 1,5 a 5 pesos, lo que en los hechos implicó acceder al monto exigido por el Colegio Médico.²⁹⁸ Esta resolución del conflicto muestra una situación completamente opuesta a la observada hacia finales de la década de 1980, cuando algunos analistas del sistema sanitario provincial podían caracterizar al ISSN como una obra social cuyo "poder de negociación es rápido y efectivo. Dentro de los límites que marca, acepta diversos grados de funcionamiento, pero si esos límites son superados la respuesta no se hace esperar."²⁹⁹ Que sus afiliados sufrieran el corte de las prestaciones no pareció ser obstáculo alguno para conceder al Colegio Médico el aumento que exigía. Las correlaciones de fuerza entre el Estado, las obras sociales y las corporaciones médicas habían cambiado de una manera significativa, sobre todo a favor de estas últimas.

La salud pública en terapia intensiva

Contra el deterioro general que el subsistema público de salud ha sufrido en los últimos años, las diversas organizaciones de los trabajadores –profesionales y no profesionales- han emprendido

²⁹⁶ *Río Negro*, 06-03-07, p. 11. El propio Cohen Sabban fundamentaba el rechazo de ofertas previas formuladas por la obra social provincial en el hecho de que "la mayoría de las obras sociales similares a ISSN están abonando cerca de 25 pesos como mínimo por cada orden de consulta por lo que hablar de un incremento a 16 es aún poco". *Río Negro*, 18-04-07, p. 11.

²⁹⁷ En los mismos días, el Colegio Médico de Zapala cortó los servicios pediátricos a la obra social OSECAC, exigiendo un aumento de los montos mensuales establecidos en un contrato que se encontraba todavía en vigencia. *Río Negro*, 20/03/07, p. 11.

²⁹⁸ En su semáforo de obras sociales, el Colegio Médico lista al ISSN entre las que abonan una consulta superior a los 24 pesos.

<http://www.cmn.org.ar/semaforo.htm>

²⁹⁹ GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, *op. cit.*, p. 101.

una sistemática resistencia. Tanto mediante denuncias en los medios de comunicación y la propia justicia, distribución de volantes, la realización de ollas populares y brindis simbólicos, como a través de movilizaciones, cortes de calles, escraches a funcionarios y paros de actividades, los trabajadores de la salud pública han dado cuenta de una intensa y sostenida lucha contra las políticas sanitarias implementadas por los gobiernos provinciales, caracterizadas por un pronunciado sesgo a favor de la mercantilización de la salud. En algunas oportunidades -como fue el caso del conflicto de 1993-, la lucha culminó en un saldo poco favorable a los trabajadores del sector. La actitud confrontativa hacia los reclamos sociales que ya asomaba como sello del estilo político de Sobisch, por una parte, y las diferencias existentes entre las propias dirigencias gremiales, por otra, condujeron a un resultado muy distinto al perseguido por los trabajadores. Pero no son únicamente derrotas las que cuentan en su historia los trabajadores de la salud pública. Por el contrario, en algunas oportunidades, las luchas que mantuvieron les permitieron obtener importantes logros. Éste fue el caso del conflicto que se extendió durante todo el año 2007 y a resultas del cual los trabajadores pudieron satisfacer algunas demandas concretas, como también alcanzar conquistas que marcan un hito en su historia colectiva.

El conflicto dio sus primeros pasos hacia mediados del 2006, cuando, por enésima ocasión, los dirigentes gremiales de la salud pública advirtieron a las autoridades y a la opinión pública en general acerca de las dificultades por las que atravesaba el subsector. Entonces, la problemática generada por la fuga de anestesistas hacia la medicina privada ya comenzaba a mostrar sus resultados, con la paralización de varios quirófanos en los hospitales más importantes de la provincia. El gobierno provincial, falto de políticas sobre aquella especialidad, se limitó a responder corriendo detrás de las exigencias de la corporación anestesiológica, concediendo a ésta remuneraciones preferenciales por sobre los demás profesionales de la salud pública. Estos últimos salieron a rechazar el argumento de la criticidad, empleado por el gobierno para justificar la decisión, caracterizándolo como una abierta discriminación para el conjunto de los trabajadores del subsistema.³⁰⁰ Por otra parte, los acuerdos salariales establecidos entre el gobierno y ATE hacia fines de ese año, agregaron un condimento más al descontento de los trabajadores del sector, quienes juzgaban el aumento no sólo insuficiente sino también

³⁰⁰ *Río Negro*, 28-09-06, p. 13.

poco ventajoso en tanto que implicaba incrementos en sumas no bonificables.³⁰¹ La insuficiencia de esas recomposiciones salariales era entendida por los propios trabajadores del sector como la principal causa que motivaba el pasaje de numerosos profesionales y empleados hacia la medicina privada. Noemí Alemany, de la Asociación de Profesionales, denunciaba que en el hospital Neuquén “no (había) empleados suficientes para cubrir las demandas de urgencia.”³⁰² Las advertencias no eran infundadas: muy poco tiempo después fallecía en el nosocomio Jorge Villagra, el paciente que había ingresado con un cuadro de apendicitis. La Asociación de Profesionales y la junta interna de ATE lanzaron medidas de protesta frente a la situación, sin recibir de las autoridades otra solución que derivar pacientes hacia clínicas privadas o inclusive alquilar a éstas sus quirófanos.

Los problemas pronto comenzaron a hacerse patentes en otras instituciones. En el propio Heller, diseñado para no “contaminarse” de los reclamos provenientes de otros hospitales, la crisis empujó a sus empleados a denunciar la constante pérdida de recursos humanos –atribuida a “mejores propuestas salariales en otros lugares del país o centros de atención privada en la provincia”- e inclusive la falta de elementos de trabajo indispensables como sábanas, camisolines e instrumentos quirúrgicos.³⁰³ Con el propósito de exigir respuestas a esas dificultades, los trabajadores del Heller realizaron asambleas de las que participaron empleados del Castro Rendón, permitiendo reconocer que los dos hospitales más importantes de la provincia compartían los mismos problemas.³⁰⁴ La gravedad de la crisis llevó inclusive al director de este último hospital, Pino Russo –alguien definitivamente alejado de albergar cualquier simpatía hacia los trabajadores del sector-, a reconocer que: “con esta escasez de salario no tenemos profesionales”.³⁰⁵

Pero era el conjunto del subsistema de salud público el que enfrentaba un franco desmoronamiento y así fue haciéndose patente cuando desde distintos centros sanitarios comenzaron a llegar noticias acerca de serias dificultades para su adecuado funcionamiento. En el hospital de Cutral Có, la conversión de la morgue en depósito obligaba a dejar a los fallecidos en los pasillos

³⁰¹ *Río Negro*, 06-10-06, p. 10.

³⁰² *Río Negro*, 29-12-06, p. 11.

³⁰³ *Río Negro*, 13-01-07, p. 15.

³⁰⁴ *Río Negro*, 20-01-07, p. 6.

³⁰⁵ *Río Negro*, 03-02-07, p. 8.

de la institución.³⁰⁶ En San Patricio del Chañar, donde la familia Schroeder tiene viñedos, un solo médico atendía toda la guardia del hospital local, promediando entre 80 y 100 consultas diarias.³⁰⁷ En San Martín de los Andes, el equipo de radiología del hospital Ramón Carrillo debió ser rearmado con piezas de otros dos aparatos, uno de ellos de la década de 1970, al igual que la mayor parte del equipamiento de laboratorios.³⁰⁸ Pilares fundamentales de la salud pública -como la asistencia primaria- enfrentaban también severas dificultades, tal como denunciaba el colegio de profesionales de Servicio Social de Neuquén, en relación con la no renovación de contratos de numerosos trabajadores sociales y con la suspensión de programas preventivos y alimentarios destinados a la población más vulnerable.³⁰⁹

En el mes de abril, tras la muerte del maestro Fuentealba, los gremios de salud pública sumaron sus reclamos a los planteados por los docentes provinciales, poniendo así al gobierno frente a la crisis política más profunda enfrentada por Sobisch. Al reclamo general de justicia por aquel episodio, los trabajadores de la salud pública incorporaron sus reclamos particulares, exigiendo recomposiciones salariales y una mayor inversión económica en los hospitales públicos. Frente a las respuestas oficiales -las propuestas del ministro Gore iban desde la importación de profesionales al alquiler de quirófanos, sin desestimar la tercerización del servicio de anestesiología-, los trabajadores del sector respondieron manifestando su rechazo, tanto a través de paros y movilizaciones, como mediante la presentación de renunciaciones en el caso de los jefes de servicio del hospital Castro Rendón y de numerosos centros asistenciales del interior.

En medio de esa profunda crisis, el gobierno provincial recibió una valiosa colaboración política por parte de UPCN, gremio de corta trayectoria entre los empleados estatales de la provincia, pero con un número creciente de afiliados.³¹⁰ La firma del acuerdo permitió al gobierno establecer un decreto de incremento salarial

³⁰⁶ *Río Negro*, 09-02-07, p. 9.

³⁰⁷ *Río Negro*, 16-02-07, p. 11.

³⁰⁸ *Río Negro*, 27-04-07, p. 9.

³⁰⁹ *Río Negro*, 20-01-07, p. 6.

³¹⁰ De acuerdo a Baltasar Álvarez, el crecimiento del número de afiliados por parte de UPCN obedece a que "han tenido un contacto directo con el gobierno anterior y esto les permitió [a sus afiliados] acceder a préstamos del BPN". Lo que ha determinado que dicho sindicato se mantenga siempre "de la solapa de los funcionarios de turno" y, por lo tanto, "no tienen una representación legítima en los lugares de trabajo." Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

con el que se cerraban las paritarias, al tiempo que se pretendía deslegitimar el reclamo de los trabajadores de la salud pública, intentando mostrarlos peticionando algo que ya se les había concedido. Sin embargo, con la excepción de UPCN, las demás organizaciones gremiales del sector rechazaron explícitamente el aumento y profundizaron la lucha con movilizaciones y nuevas renuncias a los cargos de conducción, que fueron rechazadas por la Subsecretaría de Salud.³¹¹ A comienzos de mayo, se realizó un congreso de trabajadores de la salud pública en la Universidad Nacional del Comahue, en el que se definieron nuevas medidas y se reafirmó el rechazo al aumento decretado por el gobierno y la exigencia de un nuevo convenio producto de paritarias, como también la conformación de la carrera sanitaria y la definición de un escalafón propio para los trabajadores del sector. Algunos días más tarde, la concreción en Aluminé de un encuentro entre directores de hospitales de diversas zonas sanitarias y las autoridades del área, abrió un cierto margen para la negociación, aún cuando el representante del gobierno, el subsecretario González Votero, se manifestaba reticente a firmar cualquier acuerdo.³¹²

Sin embargo, las negociaciones no lograron avanzar demasiado y, tras las elecciones del 3 de junio, el gobierno volvió a adoptar una postura reacia al diálogo con los trabajadores de la salud pública. La falta de resoluciones condujo a los gremios del sector a declararse en estado de asamblea permanente, manteniendo el reclamo por nuevas paritarias y un escalafón propio. Mientras tanto, el conflicto se profundizaba con los retrasos en el pago de haberes de casi un centenar de residentes, empujados así a la protesta, lo que exhibía crudamente la falta de una política de formación de recursos humanos por parte de las autoridades provinciales.³¹³

La imposibilidad de lograr el normal funcionamiento de los servicios hospitalarios, a causa de la negativa del gobierno de acceder a los reclamos del sector, produjo un hecho novedoso en la historia sanitaria de la provincia: el surgimiento de los propios usuarios de los hospitales como actor colectivo, agregando así una voz más en la conflictiva arena de la salud pública. Las primeras iniciativas, desarrolladas en junio de 2007, consistieron en concentraciones públicas para reclamar el reestablecimiento de los

³¹¹ *Río Negro*, 20-04-07, p. 10; *Río Negro*, 04/05/07, p. 9.

³¹² *Río Negro*, 16-05-07, p. 10.

³¹³ *Río Negro*, 20-06-07, p. 8, *Río Negro*, 07/07/07, p. 12.

servicios hospitalarios y en la recolección de firmas para fortalecer el mismo reclamo.³¹⁴ En la medida en que tales acciones continuaron desarrollándose en los meses siguientes, pacientes y familiares de aquellos terminaron por conformar una asociación destinada a la defensa de la salud pública por sus propios usuarios: Familiares, Amigos, Vecinos y Enfermos Agrupados (FAVEA). Si bien abrazaban una representación positiva del subsistema público, los pacientes organizados en la nueva asociación no vacilaban en considerar *"escandaloso e irritante ver cómo todos los días y a cada hora el gobierno difunde por televisión inauguraciones de edificios suntuosos, de obras costosas y nosotros vemos cómo nuestro querido hospital público que fue emblema de Latinoamérica, se viene abajo"*.³¹⁵

Frente a reclamos que no hacían más que agudizarse, las autoridades provinciales buscaron mostrarse como incapacitadas para dar respuestas a la crisis sanitaria. El propio ministro del área, Fernando Gore, afirmaba:

*"La provincia no tiene más margen para negociar. Estamos al filo del presupuesto. En lo personal creo que no hay margen para asignar nuevas partidas salariales."*³¹⁶

Agregaba, además, que las causas de la crisis escapaban al alcance de las autoridades y llamaba a reconocer que *"hay un problema en el mercado de la salud, y los pacientes van a tener que entenderlo"*.³¹⁷ Esto significaba no sólo desentenderse de la responsabilidad que competía a las autoridades que propiciaron el fortalecimiento de ese mismo mercado sanitario, sino también que era este último el que delimitaba el arco de opciones posibles para el Estado.

En la medida en que el gobierno provincial optó por no responder al conflicto, desentendiéndose de las causas del mismo, los trabajadores de la salud pública continuaron con sus medidas de protesta a través de retiros temporarios de sus puestos de trabajo y movilizaciones por las calles de la capital. Las propuestas de los propios trabajadores para entablar una mesa de diálogo con el gobierno jamás fueron atendidas por las autoridades. Un hecho importante en el desarrollo del conflicto lo marcó la realización, el 6

³¹⁴ *Río Negro*, 04-06-07, p. 9, *Río Negro*, 05/06/07, p. 11.

³¹⁵ *Río Negro*, 19-09-07, p. 10.

³¹⁶ *Río Negro*, 08-08-07, p. 8

³¹⁷ *Idem*

de septiembre de 2007, de una marcha de antorchas en reclamo de soluciones para el sector. En esa oportunidad, más de 4.000 personas se concentraron en el hospital Castro Rendón, alrededor del cual comenzaron a marchar para luego dirigirse al monumento a San Martín y de éste al monumento a la Madre, desde donde regresaron al nosocomio.³¹⁸ Pocos días más tarde, una nueva marcha de antorchas, en la que participaron más de un millar de personas, volvió a agregar presión para atender al reclamo.³¹⁹ Las multitudinarias marchas dieron cuenta del fuerte respaldo que el reclamo de los trabajadores de la salud pública tenía en la comunidad y, de cara a las elecciones presidenciales de octubre, constituyó un elemento de peso a la hora de forzar al gobierno a abrir un espacio de negociación.

El gobierno de Sobisch puso al frente de esa tarea a uno de sus representantes más firmes: el diputado Oscar Gutiérrez. Las primeras negociaciones se entablaron a comienzos de octubre y de ellas tomaron parte el gobierno, los representantes de ATE y de UPCN, resultando la cuestión salarial la más difícil de zanjar. Al reclamo de los trabajadores de la salud pública, se agregó por aquellos días el de los empleados de diversas reparticiones estatales que buscaban aprovechar la mayor disposición a la negociación que ahora mostraba el gobierno. Finalmente, a mediados de octubre, y después de intensas deliberaciones entre los trabajadores agrupados en la junta interna de ATE y la Asociación de Profesionales acerca de las ventajas del acuerdo, se aceptó el incremento salarial otorgado por el gobierno.³²⁰ El acuerdo sólo fue rechazado por UPCN que, de prestar su firma al gobierno en el peor momento de su crisis política, adoptó por un tiempo un discurso fuertemente crítico respecto de Gutiérrez y de las negociaciones que éste encabezó. Si bien ATE y UPCN coincidían en el modelo de escalafón que buscaban implementar, la disputa intergremial se daba en torno a cuál de las organizaciones habría de capitalizar la negociación, lo que finalmente se dirimió a favor de la primera.³²¹ Aunque no todos los trabajadores del sector se mostraron conformes con las mejoras salariales logradas, los gremios que encabezaron la negociación obtuvieron del propio Gutiérrez –presidente de la Legislatura provincial y entonces vicegobernador a cargo- el compromiso de impulsar la sanción de

³¹⁸ *Río Negro*, 07-09-07, p. 11.

³¹⁹ *Río Negro*, 19-09-07, p. 10.

³²⁰ *Río Negro*, 16-10-07, p. 10.

³²¹ *Río Negro*, 18-10-07, p. 10.

dos proyectos de ley: uno de ellos, para establecer un escalafón propio para los trabajadores de la salud pública; y el otro, fijando paritarias a partir de marzo de 2008, cuando ya estuviera al frente de la provincia el gobernador electo, Jorge Sapag.³²² No hay duda de que las disputas facciosas al interior del partido provincial tuvieron incidencia en la resolución del conflicto: todas las decisiones tomadas por el gobierno de Sobisch constituirían compromisos que el gobierno siguiente debía asumir.

No obstante, en la mirada de las dirigencias gremiales, la obtención del acuerdo representó una acción política que abrió posibilidades a otros sectores de trabajadores estatales:

*"Producto de haber sido capaces de sentar a los funcionarios del gobierno sobischista en una mesa, discutir la problemática del sistema público de salud, producto de la fuerza de los trabajadores, abrimos la puerta para que se solucionara el EPAS, Acción Social, Rentas, los hogares, el EPEN."*³²³

Para Álvarez, si los trabajadores de salud pública mostraron la capacidad para mantener sus reclamos durante un conflicto tan prolongado, ello constituyó un ejemplo *"de cómo se puede sostener los conflictos en tanto haya participación de la comunidad y en cuanto son las asambleas las que resuelven el destino."*³²⁴

Aunque la obtención de aumentos salariales resultó importante, sin duda lo fue más la conquista del escalafón propio, tan largamente anhelado por los trabajadores de la salud pública. Por medio de la sanción de la ley 2.562 en noviembre de 2007, el personal de la Subsecretaría de Salud y sus dependencias –esto es, el conjunto de los trabajadores de la salud pública provincial-, logró un escalafón propio dentro de la ley general de remuneraciones, que comprende al conjunto de funcionarios y empleados estatales de Neuquén. La aprobación de la ley no sólo implicó mejoras salariales para los trabajadores del sector –sobre todo en relación con la incorporación de sumas no remunerativas al salario básico- y un reconocimiento de la especificidad de sus funciones, mediante el establecimiento de cuatro agrupamientos (profesional, técnico, auxiliar técnico-administrativo, operativo).³²⁵ No menos importante

³²² *Río Negro*, 16-10-07, p. 10, *Río Negro*, 17-10-07, p. 10.

³²³ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19-03-08.

³²⁴ *Idem*

³²⁵ Ley 2.562, sancionada por la Legislatura de Neuquén el 8 de noviembre de 2007.

en la historia del personal del sector fue lograr una reducción de los regímenes laborales. Como señala Baltasar Álvarez, los regímenes de trabajo no habían sido reducidos desde principios de la década de 1980:

“Nosotros, hasta el año ‘81, trabajábamos 48 horas semanales, teníamos un solo franco en la semana. Logramos bajar a 44. Pasaron 26 años para que volviéramos los trabajadores, con la organización, con la pelea, a bajar los regímenes laborales de 44 a 40.”³²⁶

En la mirada de la dirigencia, esos resultados sólo han sido posibles gracias a una amplia participación de los trabajadores, lo que se proyecta en la conformación de la identidad colectiva de la organización y sus afiliados:

“Que sean las asambleas las que tomen la decisión ha sido la garantía de que no quedemos abrochados ni acordado con ningún gobierno de turno, y haber estado muy lejos de lo que estuvo el otro gremio [UPCN] de haber estado a las solapas de los funcionarios de turno del gobierno de la provincia.”³²⁷

Además de representar un criterio de diferenciación respecto de un gremio con el que disputa espacios en su propio sector, el celo resguardo de autonomía respecto de los gobiernos provinciales aparece como una estrategia política que los distingue respecto de la conducción provincial del sindicato al que pertenecen. Para Baltasar Álvarez, la autonomía mantenida por los trabajadores del sector –tanto respecto del gobierno como de la conducción provincial de ATE-, ha sido el pilar de su fortaleza colectiva, construida *“en la capacidad de lucha y de resistencia de los trabajadores que frenamos un deterioro mayor que el que es real.”³²⁸*

Para muchos de los trabajadores de la salud pública, la posibilidad de reconstruir el subsector al que pertenecen depende muy estrechamente de la creación y puesta en funcionamiento del Consejo Provincial de la Sanidad, contemplado por la Constitución Provincial en su artículo N° 137. En la mirada del propio Álvarez:

³²⁶ Entrevista a Baltasar Álvarez, 19/03/08.

³²⁷ *Idem*

³²⁸ *Idem*

*“sin la participación de la comunidad, de los trabajadores, de las organizaciones científicas, va a ser imposible volver a recuperar el sistema público de salud.”*³²⁹ La participación de diferentes actores en la definición de las políticas sanitarias es juzgada como necesaria en la medida en que las mismas han sido tradicionalmente definidas sólo por profesionales y con criterios no siempre válidos para el conjunto de la comunidad sanitaria. Señala Álvarez al respecto:

“A lo largo de estos años el sistema de salud ha sido manejado mayoritariamente por compañeros profesionales. Algunos muy buenos, otros han hecho mucho daño. Esta unilateralidad ha sido uno de los problemas que llevó a la crisis del sistema público de salud.”

Así, el Consejo Provincial de Sanidad aparece, en la mirada del dirigente gremial de la salud pública, como un espacio en el que puedan tener participación efectiva no sólo los profesionales y los funcionarios vinculados al área, sino también los trabajadores no profesionales del sector e inclusive los propios usuarios del subsistema público de salud. En esa lectura coinciden los representantes de FAVEA, quienes ven no sólo la necesidad de incorporar la opinión de los usuarios de hospitales en la definición de las políticas sanitarias futuras, sino también la posibilidad de una refundación del subsistema.

Aunque compartiendo una posición similar, la opinión de los representantes de la Asociación de Profesionales agrega un matiz a las perspectivas visualizadas por el resto de los trabajadores hospitalarios. De acuerdo a César Dell’Alli, la creación del Consejo Provincial de la Sanidad podría ser algo provechoso para el conjunto de la salud pública en la medida en *“que puede ser un elemento que permita marcar pautas de manejo y políticas de Estado independientes del capricho del gobierno que sea.”* Pero esto, siempre que no se pierda de vista que, previo a la creación del organismo, *“hay que reordenar y poner en funcionamiento el sistema público de salud de nuevo. Porque ¿de qué serviría que ahora nos sentemos a discutir el Consejo Provincial de la Sanidad si yo todavía no tengo ninguna garantía de que van a invertir? Tener claro que hay que invertir para revertir esto... Este es el primer paso.”*³³⁰

³²⁹ Idem

³³⁰ Entrevista a César Dell’Alli, 05/04/08.

Colofón

La salud neuquina a debate. Balance y perspectivas

A lo largo de este recorrido por la historia de la salud pública en Neuquén, hemos podido comprobar que el lanzamiento del Plan de Salud en 1970 representó un punto de inflexión. Esa propuesta fue formulada en un escenario caracterizado por la ausencia de una política sistemática y coherente para el sistema provincial de salud. Los resultados que dicho plan mostraría en los años siguientes dan cuenta del grado de éxito de esas iniciativas. En poco más de veinte años, la evolución de los índices de mortalidad infantil sugiere el desarrollo de una verdadera revolución sanitaria: de ubicarse en el tercer peor lugar a nivel nacional, Neuquén se colocó entre los tres distritos con mejores indicadores.

En gran medida, esa drástica modificación se debió a la nueva estructura institucional que se puso en marcha con el Plan de Salud. La piedra angular de esa reorganización, inspirada en las recetas tecno-burocráticas del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, fue la definición de zonas sanitarias que comprendían la totalidad del territorio neuquino y, estrechamente asociado a esto, la implementación de niveles crecientes de complejidad. Esto permitió una optimización de los recursos disponibles, que estaban muy lejos de ser ilimitados. Las deficiencias en materia de recursos humanos, arrastradas desde la etapa territorialiana, fueron subsanándose a partir del fortalecimiento de la figura de la dedicación exclusiva, que con el tiempo se convertiría en un mecanismo de atracción de profesionales. Además, el Plan ponía énfasis en las dimensiones preventivas de la práctica sanitaria, dando impulso a una decidida política de atención primaria de la salud. De acuerdo al nuevo esquema, el médico no debía tanto enfrentar la enfermedad de los pacientes como ayudarles a preservar su salud.

Sin embargo, como se explicó a lo largo del libro, el subsistema público nació con un homólogo contrincante. Ese mismo año, se sancionó la ley provincial 611 por la que se creó el ISSN, una obra social nutrida por las contribuciones de los afiliados y por los aportes de los trabajadores públicos. Esa ingente masa de recursos líquidos, que no haría más que crecer en las décadas siguientes, se convertiría en el maná de la medicina privada en Neuquén. De esta forma, en 1970, el Estado se encontraba fortaleciendo al subsistema público, pero al mismo tiempo sentando las bases para la expansión del mercado de servicios médicos. En

otras palabras, los recursos oficiales servían para levantar la nueva arquitectura de la salud pública y, a través de la obra social provincial, para financiar al sector conformado por las clínicas y sanatorios existentes.

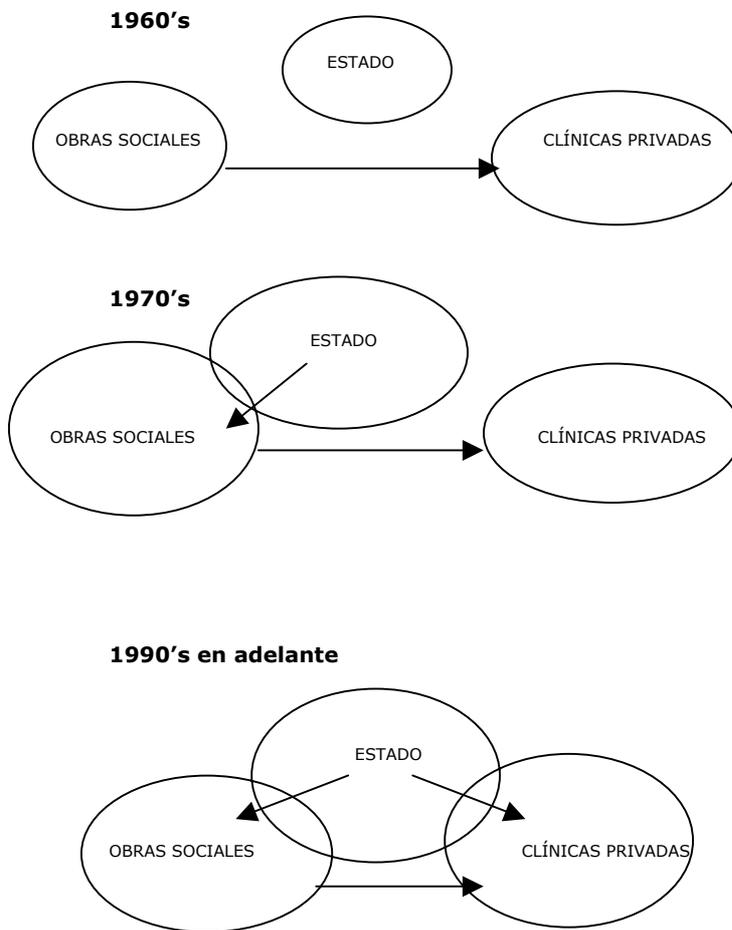
Más allá de algunos cambios menores y de los frustrados intentos de garantizar el retorno de los recursos del ISSN al subsistema público, este modelo se mantuvo inalterado en su lógica de funcionamiento. Pero fue sobre todo a partir de la década de 1980, con el crecimiento de la planta de empleados públicos, que cobró mayor envergadura. No obstante, las autoridades parecieron confiar en la posibilidad de una coexistencia armónica entre la medicina privada, alimentada por las obras sociales, y la red hospitalaria a cargo del Estado provincial. Esa concepción se basaba en el supuesto de que era posible una suerte de división del trabajo, dentro de la cual quedaba a cargo de la medicina privada el restringido ámbito de aquello que no era incorporado por el subsistema público. Al dibujar la órbita de su acción, el Estado no incorporaba en ella al sector privado.

Esta relación se invirtió con la llegada de las fórmulas neoliberales, que instaban a percibir a la medicina como una mercancía y a los pacientes como clientes. En la nueva división de tareas, que ganaría terreno a partir de la década de 1990, quedaría para el Estado el lugar residual que antes ocupaba la medicina privada en la provincia de Neuquén. El subsistema público debía ocuparse de la atención de aquellos sectores de la población sin posibilidad de comprar servicios en el mercado sanitario.

Pero las transformaciones no se agotarían en ese aspecto. También tendría lugar una radical modificación entre los distintos actores que conforman el sistema de salud. Si desde 1970 el Estado alimentaba gran parte del crecimiento de la medicina privada a través del ISSN, en los nuevos tiempos agregaría a esa función la financiación directa de las clínicas. Los mecanismos que permitieron ese giro fueron, por un lado, la provisión de créditos blandos para la adquisición de equipamiento de alta tecnología y, por el otro, la derivación de pacientes desde los hospitales públicos. Si la tercerización de algunos servicios no pudo concretarse, como fue el caso de la anestesiología, solo fue por la resistencia de los trabajadores de la salud pública. De todas maneras, el Estado neuquino creó una oferta de servicios de elevada complejidad, al tiempo que aseguró la demanda para esta última. Sin ningún riesgo, la medicina privada se convirtió en un negocio sumamente rentable.

La evolución del sistema de salud que hemos analizado a lo largo de este libro puede ser, en líneas generales, representada de un modo más esquemático.

Esquema del sistema de salud pública en Neuquén (1960-2007)



Desde la provincialización y hasta 1970, el subsistema público de salud tenía brazos tan cortos como el Estado neuquino.

Su presencia se limitaba a unos pocos hospitales, que no alcanzaban a cubrir a las necesidades de la población y cuyos profesionales se desempeñaban entre lo público y lo privado. A esto se agregaba un puñado de obras sociales que, con sus escasos recursos económicos, daba vida a una pequeña cantidad de establecimientos privados de salud, concentrados en el departamento Confluencia. Durante este período, la función principal del Estado provincial consistía en la financiación de un esquelético y mal organizado subsistema público.

A partir de 1970, en cambio, el Estado redefinió su lugar en materia sanitaria. Por una parte, fortaleció y reorganizó el sistema público a partir de la zonificación y el escalonamiento en los niveles de complejidad. Por otra parte, con la creación de la obra social provincial, sentó las bases para un crecimiento de la medicina privada a partir de recursos públicos. Esa financiación, mediatizada por el ISSN, sería el principal factor de desarrollo del sector privado hasta fines de la década de 1990.

El período abierto a partir de esta fecha representaría una nueva etapa en la historia de sistema de salud provincial. El sector público, paulatinamente desfinanciado, fue llevado a reducir su campo de acción a la atención de sectores no rentables para la medicina privada. Esta última no solo siguió nutriéndose de los recursos de las obras sociales, sino que pasó a beneficiarse también de la financiación directa concedida por el Estado. La notable expansión que la medicina privada ha experimentado en la provincia en los últimos años, descansa en la limitación del rol del Estado al de un mero agente subsidiario. Gracias a esa doble financiación, las clínicas privadas se convirtieron en las grandes ganadoras de un modelo de salud diseñado para que ellas obtuvieran un mayor fortalecimiento.

Atravesar esta historia permite entender las razones de la actual crisis de la salud pública y tomar conciencia de que el modelo que se ha ido configurando en tiempos recientes es insostenible más allá de un muy corto plazo. Bajo la lógica instalada en los últimos años, el Estado provincial debe cargar con los costos ya no solamente del subsistema público, sino también los de la medicina privada. Siendo que los recursos del Estado no son ilimitados y que dependen de una renta hidrocarbúrfica que muestra una tendencia en baja, es evidente que el modelo de subsidiariedad pública al sector privado no representa un rumbo viable. Por otro lado, este nuevo diseño de relaciones coloca a dicho sector en una posición sin duda privilegiada, en la medida en que simultáneamente absorbe recursos de las obras sociales y del propio Estado. El contenido de las reformas neoliberales aplicadas

en los últimos años es claro: socializar los costos de la medicina privada y garantizar a ésta la apropiación de los beneficios. Al avanzar por este camino, Neuquén parece diluir la particularidad que por décadas lo convirtió en objeto del interés de numerosos especialistas de la Argentina y de América Latina. Entre las décadas de 1970 y 1990, Neuquén logró desarrollar un sólido subsistema público, a contramano de lo que sucedía en el resto del país, donde las corporaciones médicas y los sindicatos impidieron que el Estado cobrase un mayor protagonismo en la prestación sanitaria. Sobre todo desde los años finales de la década de 1990, a partir de la planificada crisis del sector público y el auge de la medicina privada, Neuquén parece encaminarse hacia una mayor convergencia con la situación de las demás provincias, marcada por la débil presencia del Estado en el ámbito de la salud.

¿Es posible modificar la grave situación que atraviesa la salud pública en Neuquén? Entendemos que sí. Sin embargo, asumir esa posición es sólo el punto de partida. Más complejo es sin duda el problema de cómo podría resolverse esa crisis. En las condiciones que hemos descrito, ¿bastaría con un aumento del presupuesto destinado a los hospitales y centros sanitarios del subsistema público? ¿No debería el Estado provincial revisar su relación con los otros actores que forman parte del sistema de salud? ¿Debe propiciarse la atención de los pacientes del ISSN en el sector público, de manera de garantizar un cierto retorno de los recursos de una obra social financiada con recursos del Estado? ¿O hay que mantener la conducta de los afiliados del ISSN a buscar atención en el sector privado? ¿Es razonable mantener la financiación pública de negocios privados, como el Estado neuquino hace con muchas de las clínicas existentes en la región? ¿Por qué el Estado debería ocuparse de las prestaciones no rentables (vacunaciones, campañas de prevención, etc.) y renunciar a las de más alta complejidad? ¿Qué argumento existe para suponer que el Estado debe ocuparse exclusivamente de la población más pobre y que la población con trabajo formal deba comprar servicios médicos en el mercado, accediendo solamente hasta donde se lo permita su propio bolsillo o los desiguales fondos de las obras sociales? En resumen, ¿por qué creer que la salud es una mercancía y no un bien público, un derecho social fundamental?

Responder a todas estas preguntas es un objetivo que excede ampliamente los propósitos de este libro. Si las hemos formulado es porque entendemos que las eventuales respuestas a esos interrogantes no podrán surgir de un solo sector. Por el contrario, la búsqueda de posibles soluciones a la actual crisis de la salud pública en Neuquén debe involucrar al conjunto de los

actores que forman parte de ella. Esto significa que, además del Estado y los trabajadores de la salud pública -tanto profesionales como no profesionales-, también la propia comunidad debe tomar parte en ese debate, a través de partidos políticos, organizaciones sindicales y movimientos sociales.

Anexos

Cómo crear una corporación y no morir en el intento. El caso de los anestesiistas

En unas jornadas celebradas en 2004, el Dr. Larroque, presidente de la Asociación de Anestesiistas de Argentina (AAA), se preguntaba por qué los especialistas de la anestesia tenían tanto éxito económico en comparación con otros profesionales.³³¹ La respuesta a este interrogante llevó al facultativo a analizar el largo proceso de diferenciación de los anestesiistas respecto de las demás especialidades que conforman la profesión médica.

Fundada en 1945, la AAA fue en principio una sociedad científica que procuraba difundir entre sus miembros los últimos avances en anestesiología. Lo que nació como un espacio de discusión académica, en poco tiempo se transformó en el pivote de un proceso de profesionalización, en este caso al interior de la medicina, que terminó funcionando como un proyecto colectivo de ascenso social. El logro de este cometido implicaba romper una doble dependencia: respecto de los cirujanos, tanto en lo relacionado con los horarios de las operaciones como en el cobro de los honorarios profesionales, pero también en relación con los sanatorios, que abonaban arbitrariamente los montos asignados por cada intervención realizada.³³²

La oportunidad de fortalecer su posición dentro del concierto de las especialidades llegó en 1957. Con la sanción del código de ética profesional, por parte de la Confederación Médica de la República Argentina, los anestesiólogos reforzaron el carácter gremial de sus instituciones. Dos de sus puntos servirían de bandera en las siguientes décadas: el primero de ellos consistía en que un colega no puede desplazar a otro; el segundo apuntaba a que los profesionales debían trabajar con aranceles dignos. Tomando como insumo estas resoluciones generales y sumando algunas reivindicaciones propias (establecer un valor mínimo para las prestaciones), los anestesiistas, en palabras del presidente de su asociación, "*volvieron realidad*" lo que hasta allí "*había sido letra muerta*."³³³

La clausura del mercado estaba dando sus primeros pasos. En tiempos de dictaduras, este diseño institucional aseguró que

³³¹ Segundas Jornadas sobre el ejercicio profesional, Mar del Plata, 2001, desgrabación, p. 1.

³³² Idem

³³³ Idem

ningún profesional, más allá de su militancia o sus funciones gremiales, fuera despedido por alguno de los interventores militares de las obras sociales. Cuando eso ocurría, la AAA congelaba la vacante y no cubría el cargo hasta que se llegara a un acuerdo que la tenía como única interlocutora. Este carácter de único intermediario también lo vemos en el cobro de los honorarios: los anestelistas delegaban ese derecho a la AAA, convirtiéndola en el único agente de reembolso. Gracias a esta medida, los profesionales combatieron el atraso en el pago de las prestaciones, lo cual implicaba un seguimiento de los deudores por medio de cartas documento y, llegado el caso, la implementación de auditorías llevadas a cabo por la asociación. De esta manera, una sólida arquitectura institucional permitió, en poco tiempo, mejorar las condiciones de ejercicio profesional de miles de anesthesiólogos.

Ahora bien, el proceso de profesionalización de los anestelistas volvió necesaria una tarea adicional que puso a la especialidad en el ojo de una polémica. La AAA no solo veló por el cumplimiento del cobro de los honorarios, sino además intervino en el valor de los mismos. En este punto, la estrategia apuntaba a crear una escasez artificial que permitiera mejorar las condiciones de negociación de los especialistas. Si la lucha por mejores condiciones de trabajo se parecía mucho a una práctica de resistencia frente a gobiernos autoritarios, la presión por elevar la tarifa de cada intervención fue de neto corte corporativo. La posibilidad de mejorar el estándar de vida de los anestelistas dependía de la habilidad de los representantes gremiales para imponer los objetivos al conjunto del sistema. Así lo planteaba de forma explícita el propio presidente de la AAA:

“No solo el cobro de los honorarios es importante sino también el valor de los mismos. Con relación a esto, hay cuestiones que hacen a la táctica y a la estrategia. En su momento cuando yo empecé a trabajar gremialmente llegamos a leer hasta a Maquiavelo. Uno tiene que tener una actitud especulativa y tiene que llegar a plantearse esto como si fuera una guerra. Si el enemigo es ese, yo tengo que saber, tengo que hacer inteligencia, saber cuál es la situación de cada una de las instituciones y saber cuál es la más débil para atacar a esa y a su vez saber cuál es la fuerza con que contamos nosotros. Todo esto que digo significa que hay que abrir una puerta que en la

*medida que se abra las posibilidades son inconmensurables.*³³⁴

Pero asegurar un margen de negociación frente a los empleadores -sean estos clínicas, obras sociales o bien el Estado- volvía necesario controlar la cantidad de aspirantes. Si su número era importante, los aranceles por prestación podrían desmoronarse y esto, como es de imaginar, podía poner coto al proyecto colectivo de movilidad de los anestesiólogos agremiados. Allí, la estrategia de la AAA circuló por dos carriles: por un lado, se presentó como defensora del trabajo de los asociados en particular y de los médicos en general, mientras que, por el otro, se mostró como portavoz de la excelencia académica.

Sobre el primero de los puntos, los cañones de la asociación fueron dirigidos a la universidad pública, sin cupos ni exámenes de ingreso, dado que era la culpable de *"formar gente que después no va a tener opciones laborales."*³³⁵ En lugar de eso, planteaban un *"análisis racional de las posibilidades objetivas de trabajo"* que debiera regularse desde las autoridades públicas, pero también desde las asociaciones profesionales.³³⁶ De esta manera, una supuesta superabundancia de profesionales se presentaba como la madre de todos los conflictos. Después de todo, en 2001 Fernández Vigil, presidente de la AAA, manifestaba: *"por año se reciben cuatro mil médicos egresados y las vacantes para residencia no llegan a 500."*³³⁷ La solución planteada por el representante gremial no dejaba lugar a la duda: *"tal vez llegó el momento, como en otros países más serios, de cerrar la facultad de medicina o acotar su ingreso a un número que sea viable."*³³⁸

Esas recetas generales respecto a la relación entre educación y desempeño profesional tuvieron un campo de aplicación por excelencia: la formación de los futuros especialistas. Defender el trabajo de los expertos suponía formar un número excepcionalmente bajo de profesionales con el fin de convertir al servicio de anestesia en un bien escaso e indispensable a la vez. La "justificación científica" de esta postura se basó en estudios de dudosa calidad académica: la proporción ideal de anestesiólogos

³³⁴ Idem

³³⁵ Idem, p. 3.

³³⁶ Ibidem

³³⁷ BOYANOVSKY, Cristián, " 'El ideal es que las sociedades médicas nos copien'. Entrevista a Miguel Fernández Vigil", *Médico Oftalmólogo*, Año 14, N° 3, julio de 2001, pp. 1-2.

³³⁸ Idem, p. 3.

debía aproximarse a uno cada cien mil habitantes. La realidad argentina se encontraba, a comienzos del siglo XXI, con un anestesista cada setenta mil habitantes, muy por encima de ese nivel óptimo.³³⁹ La conclusión de este razonamiento es fácil de imaginar: el número de residentes debía descender hasta que desapareciera la brecha entre ambos indicadores. En esa misma entrevista, Fernández Vigil mostraba los trazos más gruesos de esta estrategia:

*"El estudio nos sirvió inclusive para determinar con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que no queremos un número indiscriminado e innecesario de residentes. Hace seis años desde esta institución formábamos a 180 residentes por año. Actualmente, ese cupo es de 12. Y se pudo hacer con el sustento científico que demostró que no era necesario formar más."*³⁴⁰

La creación de una escasez artificial de anestesistas requería una última condición. Así como los estudios científicos justificaban la necesidad de disminuir el número de especialistas, la monopolización de la formación era el mecanismo que aseguraría este propósito. No es extraño, entonces, que el único curso de especialización fuera dictado por la AAA y contara, gracias al *lobby* ejercido por la asociación, con el aval de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.³⁴¹ Lo llamativo es ver que el elenco de anesthesiólogos no ha sido dictado por las necesidades estratégicas del país o de acuerdo al crecimiento vegetativo de la población, sino en función de las *"necesidades que [las autoridades de la AAA] fueron viendo en el mercado."*³⁴² Formar más anestesistas de los que la asociación juzgaba necesario significaba, desde esta perspectiva, empobrecer la formación de los futuros especialistas y brindar a la población un servicio que se encontraría por debajo del estándar internacional.

El problema de esta argumentación, que fue la piedra de toque de un prolongado conflicto entre las autoridades sanitarias de la provincia de Corrientes y la asociación local de anestesistas, es

³³⁹ *Idem*, pp. 1-2.

³⁴⁰ *Ibidem*

³⁴¹ Asegurar el monopolio de la formación, además de incluir la necesidad de contar con el barniz académico de la universidad, supuso excluir a cursos que compitieran con el "oficial", más aún, si aquellos contaban con el auspicio de círculos médicos (los cursos en Morón o Avellaneda son una clara muestra de esto).

³⁴² *Segundas Jornadas sobre el ejercicio profesional, op. cit.*, p. 4.

que no permite explicar por qué, antes de la drástica reducción del cupo, esa excelencia estaba asegurada. La ausencia de una respuesta convincente a este interrogante deja al descubierto una práctica corporativa cuyo resultado ha sido un cuello de botella que ha complicado el normal despliegue de las prácticas quirúrgicas en todo el país. No en vano el ministro de Salud de la Nación, Ginés García, señaló a mediados de 2005:

*"La dimensión que ha cobrado la problemática de la anestesiología dentro de la República Argentina, sumada a las reiteradas actitudes monopólicas adoptadas por las distintas entidades representativas que nuclean a dichos profesionales, hacen necesario adoptar firmes decisiones en la materia."*³⁴³

La pregunta que sigue es obvia: ¿cómo impactó en Neuquén, dueño de un sólido sistema público de salud, la clausura del mercado operada por el gremio de anestésistas?

Las primeras presiones ejercidas por la AAA se remontan a finales de los noventa. Por ese entonces, el jefe de anestesiología del Hospital Castro Rendón, Mauricio Krivitsky, fue objeto de presiones y sancionado por la Asociación por oponerse a la reducción en la formación de recursos humanos en la especialidad. La presión fue tan grande que lo obligaron a renunciar a su cargo en el Hospital. Su lugar, luego de sustanciarse un concurso, fue ocupado por una profesional que, en palabras de un directivo del hospital regional, comenzó a instalar *"la idea esotérica de cerrar la residencia, con excusas ridículas, como que no tenemos computadoras, no tenemos capacidad docente."*³⁴⁴

En ese momento comenzó el conflicto de posiciones. Las fricciones entre las jefaturas de cirugía y de anestesiología se multiplicaron sin remedio. Al mismo tiempo que la nueva titular de este último servicio llamaba la atención sobre la abundancia de residentes, desde la primera se oponía a este embate sosteniendo: *"la decisión del cierre de la residencia es una decisión política del más alto nivel, que no era competencia de la jefa de servicio."*³⁴⁵ La

³⁴³ Entrevista a Gustavo García, 08-10-07

³⁴⁴ Ibidem

³⁴⁵ Ibidem

prevalencia de esta última postura precipitó la salida de la jefa de anestesiología, quien nunca volvió a trabajar al hospital.³⁴⁶

El fracaso de una estrategia confrontativa cedió terreno frente a otra dispuesta a operar de manera soterrada. La AAA comenzó a filtrar su presión por otros canales, sin importar quién estuviera a la cabeza del departamento de anestesiología del hospital regional. Uno de ellos fue lograr que el instructor de la residencia fuera miembro de la Asociación. Si la posibilidad de estimular la escasez no podía darse desde la cúspide de la estructura hospitalaria, era posible debilitar los cimientos de esta última desde su propia base. Esto fue así al punto de que en uno de los concursos para residentes, el nuevo instructor *"salió a decir a los postulantes que no les convenía hacer la residencia en Neuquén, porque la 'Triple A' no reconocía esa residencia."*³⁴⁷ Esta decisión, denunciada por los jefes de servicio y el área de docencia del Hospital regional, fue secundada por una solicitada de la Asociación de Anestesiología, que aconsejaba a los postulantes que no se presentaran al examen de residencia porque el curso de especialización no estaba reconocido a nivel nacional.

El segundo mecanismo fue incidir directamente en las políticas de un Estado que, en los noventa, había facilitado el desembarco de una lógica de mercado. En los años de Estado de Bienestar a la neuquina, la AAA no había encontrado eco a su propuesta de tercerizar el servicio de anestesia. Cuando la penetración de lo privado en lo público cobró impulso en las administraciones de Jorge Sobisch, se intensificó el diálogo con la asociación neuquina de anestesiólogos, apéndice local de la AAA.³⁴⁸ La propuesta que se barajaba, difundida a la prensa por la Asociación de Profesionales y nunca desmentida por ningún representante de los anestesiólogos, apuntaba a convertir a los especialistas en prestadores independientes que facturaran por sus servicios a la Subsecretaría de Salud. En uno de sus párrafos, el documento proponía que los anestesiólogos que trabajaran bajo el hipotético nuevo convenio *"serían designados directamente por la Asociación y ellos firmarán con la Asociación un contrato para la cobertura de las prestaciones"*³⁴⁹. El modelo de la AAA, efectivo

³⁴⁶ Según el Dr. García, *"estuvo enferma un año y medio, después pidió el traslado al hospital de Centenario, trabajó cinco o seis meses en ese nosocomio, después renunció y actualmente está trabajando en Cipolletti"*. Entrevista 08-10-07.

³⁴⁷ Idem.

³⁴⁸ *Río Negro*, 06/08/05, p. 6.

³⁴⁹ Idem

para las negociaciones con obras sociales y pre-pagas, comenzaba a colonizar el sistema público de salud.

Dentro de este marco general, hubo tres ofrecimientos que un documento sin rúbricas y fechado el 5 de julio de 2005 realizaba a la Subsecretaría de Salud. Uno, bautizado como "sistema módulos" ofrecía el cobro de entre 400 y 500 pesos por bloques horarios de 8 y 24 horas de atención, habilitando cuatro quirófanos, tres de ellos para cirugías programadas y uno para urgencias. La segunda propuesta implicaba el pago, a cada anestesista contratado, de 6.000 pesos por mes. Por último, la tercera era *"trabajar por prestación, con un monto fijo de \$90 por anestesia y teniendo un pago por una cantidad fija de anestésias. Por ejemplo: por 350 anestésias."*³⁵⁰

El documento señalaba, además, las posibles fórmulas de contratación: los anesthesiólogos podían elegir entre permanecer en el sistema o renunciar a él para acceder al cobro por prestaciones. Para estos últimos, existía la posibilidad de *"una licencia sin goce de haberes por un año hasta saber cómo evoluciona este nuevo sistema de pago y luego deberán optar por permanecer en el sistema o renunciar."*³⁵¹

Cuando este acuerdo preliminar fue dado a publicidad, las relaciones entre el gobierno y la asociación de anestesistas se enfriaron. El ímpetu con el que la subsecretaría encaró el proyecto tercerizador se convirtió en un recuerdo y, en su lugar, surgió una retórica belicosa frente a quienes –hasta entonces– habían sido aliados. A propósito de este cambio, dos son las posibles explicaciones. La primera de ellas, quizás más obvia, es que la difusión del documento restó al gobierno chances de madurar la idea de ceder a la iniciativa privada un servicio fundamental en el subsistema público. La aparición de la comunicación en los principales diarios de la región, la amenaza de renuncia del director del Hospital Regional y la efervescencia dentro de las organizaciones gremiales (existieron amenazas de tomas de quirófanos por parte de los trabajadores), obligaron a las autoridades de la subsecretaría a dar marcha atrás con esa intención y a denunciar las prácticas extorsivas tanto de la AAA a nivel nacional como de la asociación neuquina.

El exagerado costo de un servicio en manos de los propios anestesistas es la segunda explicación. Utilizar como vara los valores que se abonaban en el subsistema privado, en franco

³⁵⁰ Ibidem

³⁵¹ Ibidem

crecimiento luego de la crisis económica de 2001, era inviable desde el punto de vista financiero. Significaba ceder a una corporación un caudal de recursos que podía poner a la Subsecretaría de Salud en serios aprietos, sobre todo si el ejemplo de los anestesistas se difundía a otras especialidades. Lo interesante del caso, y esto habla de la falta de una visión global de sistema por parte de las autoridades provinciales, es que el propio Estado fue el responsable del *boom* de la actividad privada. Siguiendo el modelo de las "bodegas" -es decir, brindar créditos blandos que muchas veces se volvieron incobrables-, el mercado de la salud privada registró una mayor actividad a partir de la tercerización de algunos servicios de cierta complejidad -internación o medicina por imágenes- que fueron atendidos por empresas beneficiadas con aquella forma de financiamiento. Como vemos, la provincia pareciera funcionar como una suerte de *bonus track* de la década neoliberal: el Estado retrocede y la esfera de lo privado ocupa su lugar.

Bibliografía General

- ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana, "El sistema de salud en la Argentina", *Burbuja*, Documento 60, Buenos Aires, Universidad de San Andrés, 2002.
- ARIAS BUCCIARELLI, Mario, "El estado Neuquino. Fortalezas y debilidades de una modalidad de intervención", en FAVARO, Orietta (Dir.), *Neuquén: La construcción de un orden Estatal*, Neuquén, CEPHYC, 1999.
- BARRIOS, Daniel, "Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la Nación", en www.cancerteam.com.ar/invi022.html.
- BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983.
- BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelo organizativos 1960-1985*, Publicación N° 40, Buenos Aires, OPS-OMS.
- BELMARTINO, Susana, "Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina". Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales, organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales y la Universidad Nacional de Quilmes, 30 y 31 de mayo de 2002. Sede UNQ.
- BELMARTINO, Susana, "La salud pública bajo la regulación del poder corporativo", en SURIANO, Juan (Dir), *Dictadura y democracia (1976-2001)*, Colección Nueva Historia Argentina, tomo X, Buenos Aires, Sudamericana, 2005.
- BELMARTINO, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.
- BLANCO, Graciela y otros, *Neuquén: 40 años de vida institucional*, Neuquén, COPADE-CEHIR, 1998.
- BOYANOVSKY, Cristián, "'El ideal es que las sociedades médicas nos copien'. Entrevista a Miguel Fernández Vigil", *Médico Oftalmólogo*, Año 14, N° 3, julio de 2001, pp. 1-2.
- CAMINO VELA, Francisco y otros, *Un conflicto social en el Neuquén de la Confianza*, Neuquén, Educo, 2007.
- CARBONETTI, Adrián y CELTON, Dora, "La transición epidemiológica", en TORRADO, Susana (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una Historia Social*, Tomo 1, Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- CASTILLO, Enrique, *Neuquén, crónica de un época... y la fundación del MPN*, Neuquén, Editorial del Autor, 2005.

- CAVAROZZI, Marcelo, *Autoritarismo y Democracia (1955-1983)*, Buenos Aires, CEAL, 1992.
- COLLINS, Randall, "Market Closure and the conflict theory of the professions", en BURRAGE, Michael y TORSTENDAHL, Rolf (Ed.), *Professions in theory and history: rethinking the study of a professions in Europe and North America*, London, Sage, 1990.
- DI LISCIA, Silvia, "Prácticas populares y científicas. El 'empacho' en la medicina argentina (1850-1900)", *Noticias de Antropología y Arqueología*, Volumen 1, 2001.
- ECHAZU, Gretel, "La reforma del sistema de Salud en Argentina: transformaciones y actores", *Historia Sociopolítica argentina*, 2005, mimeo.
- EDELMAN, Ángel, *Recuerdos territorianos*, Neuquén, Ed. Juan Castagnola, 1954.
- GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, "Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX", *Entrepasados. Revista de Historia*, año XVI, nº 27, 2005.
- GONZALEZ LEANDRI, Ricardo, *Curar, Persuadir, Gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.
- GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio "El sector salud de la provincia del Neuquén", en KATZ, Jorge y otros, *El sector salud en la República Argentina su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, FCE, 1993.
- MASES, Enrique y otros, *El mundo del trabajo en Neuquén. 1930/1970*, Neuquén, EDUCO, 1998.
- PERREN, Joaquín, "Los profesionales en la mira. Un ensayo sobre las relaciones entre elites de expertos y ciencias sociales", *Contribuciones a la Economía*, Universidad Internacional de Andalucía, Málaga, 2007.
- ROVERE, Mario, "La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto". Buenos Aires, Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur, mayo 2004
- SAPAG, Felipe, *El desafío*, Temuco, Impresos Spring Ltda., 1994.
- SHAPIRA, Marta, "Las profesiones como objeto de estudio: el caso de la Odontología en Argentina", *Argumentos. Revista del doctorado*, Rosario, año 1, nº 1, p. 210.
- SPENCER, Herbert, *El hombre contra el Estado*, Buenos Aires, Goncourt, 1980, pp. 27-54.
- TARANDA, Demetrio y otros, *La protesta social en Neuquén. Viejas y nuevas formas*, Neuquén, Educo, 2007.
- TCACH, César, "Golpes, proscripciones y partidos políticos", en JAMES, Daniel (Dir.), *Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-*

1976), Colección Nueva Historia Argentina, tomo IX, Buenos Aires, Sudamericana, 2003.

TORRES, Juan Carlos, "Introducción a los años peronistas", en *Los años peronistas, 1943-1955. Nueva Historia Argentina*, Sudamericana, 2002, tomo VIII.

VACA NARVAJA, Gustavo, *Informe: gasto en salud: crecimiento y avance 1987-1991: Políticas e impactos*, 1991.

DOCUMENTOS

CENTRO DE DOCUMENTACION CIENTIFICA Y TECNICA, *Síntesis la situación económica de la provincia de Neuquén*. Neuquén, COPADE, 1963.

CONSEJO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO, "La población y el movimiento demográfico de la Republica Argentina en los años 1942 y 1943", Buenos Aires, Ministerio del Interior.

CONVENCIÓN CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, Proyecto nº 123 de Reforma, Expte. C-124/06, Bloque Convencionales del MPN.

CONVENCIÓN CONSTITUYENTE DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de la Provincia de Neuquén*, Segunda Sesión Ordinaria, Neuquén, 6 de febrero de 2007, p. 31.

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL DR. HORACIO HELLER, *Memoria de cuatro años*, Neuquén, Hospital Heller, 2003.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA, CENSOS Y DOCUMENTACIÓN, *Anuario Estadístico 1989*, Neuquén, 1980

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA, CENSOS Y DOCUMENTACIÓN, *Anuario Estadístico 1989*, Neuquén, 1989.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA Y CENSOS DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN, *Actividad económica provincial. Provincia del Neuquén. Período 1970-1982*.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD, "Estadísticas Vitales - Información Básica 2006", Serie 5, nº 50, Ministerio de Salud de la República Argentina, Buenos Aires, 2007.

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

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA NACIÓN, *Guía para clasificación de los servicios de atención médica*, Buenos Aires, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA NACIÓN, *Modelo nacional de programación de actividades para establecimientos de*

atención médica, Secretaría de Estado de Salud Pública, Buenos Aires, 1968

PROVINCIA DEL NEUQUÉN, *Ley N° 611 (Texto Ordenado 1982) con las reformas introducidas por las Leyes N° 1951, 2025, 2132 y 2241.*

SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, *Informe de Gestión 2003*, Neuquén, 2003.

SECRETARÍA DE ESTADO DE PRENSA Y COMUNICACIÓN, "Neuquén Hoy", *Boletín Informativo*.

ASOCIACION ARGENTINA DE ANESTESISTAS, Segundas Jornadas sobre el ejercicio profesional, Mar del Plata, 2001, desgrabación.

DIARIOS Y REVISTAS

Revista Médico Quirúrgica

Diario *La Nueva Era*

Diario *La Nación*

Diario *Río Negro*

Periódico *8300*

ENTREVISTAS

Gustavo García

Gabriela Luchetti

Oswaldo Pellín

Baltasar Álvarez

Cesar Dell' Alli

Autores

Demetrio Taranda

Licenciado en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Docente e investigador de las Facultades de Humanidades y Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue.

Joaquín Perren

Especialista en Historia Regional por la Universidad Nacional del Comahue. Becario Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Docente e investigador de las Facultades de Humanidades y Economía y Administración de la Universidad Nacional del Comahue.

Enrique Mases

Doctor en Historia por la Universidad de Buenos Aires. Docente e investigador de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Comahue. Director del Grupo de Estudios de Historia Social y miembro del comité editorial de la revista Estudios Sociales.

Lisandro Gallucci

Especialista en Historia Regional por la Universidad Nacional del Comahue. Becario Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por la Universidad Nacional de San Martín. Docente e investigador de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Comahue.

Fernando Casullo

Profesor en Historia por la Universidad Nacional del Comahue. Becario Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por la Universidad San Andrés. Docente e investigador de las Facultades de Humanidades y Economía y Administración de la Universidad Nacional del Comahue.