

Entre el abandono y la resistência: el caso del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) frente a la reforma del Estado en los años noventa en Argentina (1991-1999)

Juan Pablo Ubici¹

Resumen: Este artículo aborda los conflictos del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) durante la década del noventa, en el marco de la reforma del Estado en Argentina. A partir de testimonios y documentación, se reconstruye la resistencia frente a la descentralización, el ajuste presupuestario y la implementación del modelo de autogestión hospitalaria.

Palavras-chave: Reforma de Estado; Salud Pública; Resistencia institucional

¹ Doutorando em História pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidad Nacional de Mar del Plata. Docente universitário na Faculdade de Humanidades e na Faculdade de Medicina da Universidad de Mar del Plata. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-4534-7637>. E-mail: ubicijuanpablo@gmail.com

Entre el abandono y la resistencia:
el caso del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) frente
a la reforma del Estado en los años noventa en Argentina (1991-1999)
UBICI, J. U.

**Entre o abandono e a resistência:
o caso do Instituto Nacional de Reabilitação
Psicofísica do Sul (INAREPS) diante da reforma
do Estado nos anos noventa na Argentina
(1991-1999)**

Resumo: O artigo analisa os conflitos entre o INAREPS e o Estado argentino durante os anos 1990, em meio às reformas neoliberais. Através de entrevistas, fontes jornalísticas e documentos institucionais, reconstrói-se a resistência organizada por profissionais, pacientes e sindicatos contra a transferência, o desfinanciamento e a mercantilização dos serviços de reabilitação.

Palavras chave: Reforma do Estado; Saúde Pública; Resistência institucional.

Introducción

Durante la década de 1990, el Estado argentino atravesó un profundo proceso de reforma estructural orientado por los lineamientos del neoliberalismo. Este ciclo, promovido por el gobierno de Carlos Menem, impulsó la descentralización de funciones, la reducción del gasto público y la mercantilización de los servicios sociales, afectando directamente al sistema de salud. En este contexto, el presente trabajo se propone analizar el caso del *Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS)*, con sede en la ciudad de Mar del Plata, como una experiencia paradigmática de los conflictos y resistencias que emergieron frente al repliegue estatal. El análisis se centra en el período comprendido entre 1991 y 1999, años en los que el instituto fue objeto de múltiples intentos de provincialización, recortes presupuestarios y reformas de gestión — como la incorporación al régimen de hospitales públicos de autogestión— que generaron una profunda inestabilidad institucional. A partir de fuentes documentales, artículos periodísticos y entrevistas en profundidad, el trabajo reconstruye las estrategias organizativas desplegadas por trabajadores, pacientes y actores sindicales, visibilizando la emergencia de una identidad institucional forjada en la resistencia. Se sostiene que, lejos de constituir un mero conflicto sectorial, la experiencia del INAREPS permite observar cómo ciertos actores estatales y sociales lograron disputar los límites del proceso reformista, desarrollando formas de resistencia que tensionaron el intento de desmantelamiento del aparato público y consolidaron un sentido colectivo en torno a la defensa de la salud como derecho. En este marco, se abordan tres ejes interrelacionados: las tensiones entre descentralización, autogestión y desfinanciamiento como estrategias de achicamiento del Estado; las formas de organización y resistencia impulsadas por profesionales de la salud, gremios y la

comunidad institucional; y la disputa por el sentido del rol del Estado en salud y su reformulación durante los años noventa.

Nuevos aires en días de nevada

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

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

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

En la ciudad de Mar del Plata, más precisamente en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), la Ley de Presupuesto 24.061ⁱⁱ para el

ejercicio del año 1992 marcó el inicio de una serie de conflictividades que se extenderían a lo largo de una década.

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

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

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

En ese momento, confluyeron una serie de estrategias organizadoras frente a las nuevas reglas de juego que quería instaurar el Estado en relación a los servicios de atención pública. Desde el punto de vista institucional, se conformó la primera Asociación de Profesionales (1992), organismo que buscaba nuclear y programar la estrategia de lucha del personal de salud, al mismo tiempo que una modesta fuente de financiamiento para cubrir gastos y viáticos en viajes a la ciudad de Buenos Aires. Así pues, entre sus principales finalidades, se destacaba la de fomentar el espíritu de solidaridad entre los profesionales y propender por todos los medios lícitos al mejoramiento moral, intelectual, científico y laboral de los profesionales, gestionar ante los poderes públicos, las leyes, reglamentos y ordenanzas que se relacionen con el ejercicio de los profesionales que abarcan el arte de curar, fomentar los vínculos de camaradería y sociabilidad mediante reuniones de los asociados y sus familiares, representar a los asociados en la

defensa de los intereses gremiales legítimos, e intervenir en la forma que considere eficaz cuando un asociado fuese agraviado en el ejercicio de su profesión y colaborar con las autoridades del INAREPS en la confección del presupuesto acorde con las reales necesidades de cada servicio (Actas de Asociación de Profesionales, Estatuto de Conformación, Título I, art. 3).

Desde el punto de vista sindical, se consolidó una estrecha alianza con la *Asociación de Trabajadores del Estado (ATE)* – sede Mar del Plata, conducida por la reciente llegada del por entonces Secretario General Daniel Barragán bajo la agrupación *Libertario Ferrari*, tan sólo tres días después de la histórica nevada del 1 de agosto de 1991 que azotó a la ciudad de Mar del Plata.

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

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

Esa nueva corriente de jóvenes profesionales y sindicales fue la que se enfrentó incesantemente a los distintos avances del Estado, a través del Ministerio de Salud y Acción Social. Por supuesto que la adhesión no fue inmediata u

homogénea. Entre las diferentes razones, se destacaba fundamentalmente la de índole consuetudinaria. La profesión médica, al ser representada como una disciplina clásica y liberal, no debía ‘mezclarse’ con reclamos propios de los sectores trabajadores, ni mucho menos a estrategias de lucha como podían ser movilizaciones o cortes de ruta. “Había internas, sólo una pequeña porción de los profesionales participaba en los conflictos, porque les parecía que no podían mezclarse con el sindicato. Cuando se cortaba la ruta, los médicos se iban por el costado y no podían bajarse de su pedestal”^{vi}.

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

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

licuar la capacidad de organización y lucha del instituto, al enfrentarse a una amenaza sin rostro ni acciones claras.

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

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

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

A mediados de noviembre de ese mismo año, los diarios locales comenzaron a hacerse eco de las primeras movilizaciones del instituto. Ante la doble amenaza de su posible conversión en neuropsiquiátrico junto a su transferencia a la órbita provincial a partir de 1993, comenzó a tejerse una amplia alianza que incluyó profesionales de la salud, pacientes, familiares, sindicalistas nucleados en ATE y concejales municipales, como fue el caso del edil radical Luis María Comte^{viii}.

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

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

No habría neuropsiquiátrico

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

Lo que parece una narración anecdótica sobre una serie de reuniones y llamados telefónicos, en realidad exhibe la realidad que se vivía cotidianamente en la institución, en particular, y en el área de los servicios públicos de salud, en general; caracterizada por una falta total de comunicación y planificación y una política de desgaste e incertidumbre no sólo con los profesionales, sino también

con los pacientes y familiares. Sobre esta situación inicial, la Dra. Laura Valente recordaba:

La sensación de estar en peligro era terrible. En el mismo momento que nos querían transferir a nosotros a provincia, el instituto de rehabilitación de Capital Federal era municipalizado^{xii}. Al Intendente lo ponía el Presidente y lo pasaron directamente (mecanismo previo a la reforma constitucional de 1994). Entonces, el único que quedaba a nivel nacional para cubrir las necesidades éramos nosotros. Por otro lado, los que defendíamos el lugar, entendíamos que si se instalaba un neuropsiquiátrico iba a haber un montón de gente que se iba a quedar sin atención de rehabilitación de manera pública y gratuita. Al principio nos costó organizarnos, pero después teníamos una gimnasia para cortar la ruta o lo que fuera... no se discutía^{xiii}.

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

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

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

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

Esa distancia geográfica y comunicacional, sumada al desprestigio que sufría (aún hoy) el área de la rehabilitación, en un instituto relativamente más chico que sus pares nacionales y con menor cantidad de pacientes, incrementaba la dificultad para encontrar una solución efectiva.

Ante ese panorama, las estrategias de lucha y resistencia para hacerse escuchar en el Ministerio de Salud y Acción social de la Nación, a 404 km de la Capital Federal, debían tener un componente constante de creatividad. Fue así que, durante la última jornada de paro, médicos, empleados y varios pacientes iniciaron, junto a los directivos de ATE, una caravana en numerosos vehículos que recorrió un extenso recorrido que tuvo escalas en los medios de difusión de la ciudad. En la esquina de Luro e Yrigoyen (sede de la Municipalidad) se produjo una

concentración que se mantuvo aproximadamente una hora y que contó, nuevamente, con el expreso apoyo del bloque radical local y provincial^{xvii}. Es de señalar que en la concentración se hicieron presentes representantes de la mesa de enlace de jubilados y pensionados, Sindicato Luz y Fuerza, Federación de Asociaciones Vecinales de Fomento y la Asociación Bancaria^{xviii}.

Sobre este tema, Daniel Barragán recordaba:

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

El desenlace tuvo numerosos componentes similares al conflicto previamente analizado. La renuencia del personal del INAREPS frente a la inestabilidad del instituto, en este caso el componente salarial, tuvo su solución mediante una serie de contactos personales que resolvieron la problemática; visibilizando la desprolijidad estatal que existió para transformar el área de la salud. En efecto, se llevó a cabo una reunión entre los gremios y el viceministro Ricardo Esber, quien rápidamente destrabó la situación con el pago del adicional de los 200 pesos^{xx}.

Así pues, mientras que las formulaciones teóricas sostenían la necesidad imperiosa de reducir el peso relativo del Estado en la sociedad en pos de incrementar su racionalidad y eficiencia, en la práctica, su propia retirada se daba de una manera, por lo menos, improvisada que conducía a una negociación intermedia con 'parches' que no respondía a las necesidades críticas que vivía el

INAREPS, como tampoco a una transformación estructural de los servicios públicos de salud.

El paradigma de la autogestión hospitalaria

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

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

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

El gobierno nacional impulsó la llamada política de “Hospital Público de Autogestión” (en adelante HPA), a través de la cual buscaba mejorar el desempeño de los hospitales públicos argentinos^{xxii}. Central en esta política estaban los conceptos de mayor autonomía, rendición de cuentas, alineación de incentivos y gestión por resultados en los hospitales públicos. La descentralización del sector,

ocurrida años atrás, servía de marco general para avanzar en esta transformación. De esta manera, la Secretaría de Salud de la Nación se reservaba la función de orientación política y asistencia técnica, delegando en los ministerios provinciales la administración de establecimientos y programas.

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

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

Dicha iniciativa se materializó a principios de 1993 con el Decreto N° 578, a partir de la sanción de la normativa que dio cuerpo al Hospital Público de Autogestión^{xxiv}. El HPA no configuraba en sí un modelo de gestión pero establece algunas de las principales decisiones en la formulación de dichos modelos. De esta manera, resguardaba autonomía a cada provincia y/o establecimiento para precisar los detalles de la estrategia más adecuada para la búsqueda de un nuevo modelo de gestión. Esencialmente, el Hospital Público de Autogestión se constituyó

en el autofinanciamiento a la vez que se transformó en obra social dependiente, en tanto debía obtener financiamiento mediante la facturación a las obras sociales, eliminando los copagos en el sistema público de salud^{xxv}.

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

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

Por otra parte, un documento oficial del *Programa de Reforma del Sector Salud* establecía que el proceso de transformación, que redundaría teóricamente en un incremento en el uso racional de los recursos públicos y propios del hospital y en la eficacia del sistema de facturación y cobranza a las obras sociales y prepagas, en ningún caso implicaría finalidad de lucro en la acción hospitalaria, ni daría lugar bajo ningún concepto a la disminución de los créditos oficiales asignados en función de presupuestos avalados por los respectivos Ministerios de Salud, ni de discriminación alguna en la atención de la demanda natural por parte de sus pacientes. Por el contrario, implicaría la disponibilidad de mayores recursos

financieros, por la posible disminución del subsidio a terceros pagadores como consecuencia de la eliminación de las prestaciones no facturadas o impagas a los usuarios con cobertura o capacidad de pago^{xxvii}.

Así pues, el Estado Nacional adquirió ciertos rasgos y atributos que marcaron una clara metamorfosis en su fisonomía, dominio funcional y papel frente a la sociedad. Por ejemplo, al obligar a los hospitales a promover acciones tendientes a incrementar sus presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas, apareció un nuevo accionar del Estado (subnacional) como cajero, como recaudador central de los recursos y principal asignador de los mismos mediante el presupuesto de gasto consolidado.

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

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

El Licenciado Daniel Palos planteaba otro tema interesante:

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

comer. Todo nos hizo crecer un montón y conformar una idea de lo que queríamos en la institución^{xxix}.

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

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

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

Denominado "Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada", el decreto 939/00 conserva la mayoría de las disposiciones contenidas en el Decreto 578/93, entre ellas una de sus más relevantes: "cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga"^{xxx}. No obstante, esta nueva normativa establecía la necesidad de

subsanan ciertas dificultades que sucedieron a lo largo de la puesta en marcha del Régimen de Hospitales Públicos de Autogestión. Si bien no se explicitan las dificultades a modificar, se puede observar la supresión de los conceptos que ponían en duda la gratuidad o privatización de los servicios hospitalarios.

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

Así pues, el proceso de autogestión se revela como un simple y desordenado traspaso de la gestión de los mecanismos técnico-administrativos. Esto se debió a que no hubo desde el Ministerio de Salud una estructura institucional articulada de unidades responsables de la formulación y ejecución de políticas de salud, que permitiera llevar adelante el proceso de descentralización tal como fue diseñado en sus objetivos programáticos. En este escenario, la descentralización hospitalaria, que podría ser entendida como un proceso de reforma del Estado, en realidad constituye un proceso que contempla medidas que sólo instrumentan el desplazamiento fronterizo trazado entre los dominios legítimos de la sociedad y el Estado Nacional. Correlativamente, la descentralización también modifica el campo de acción de ciertos actores sociales, produciendo una serie de consecuencias sobre las relaciones de producción, la legitimidad de los dominios públicos y privados, y el poder relativo de diferentes actores sociales o estatales^{xxxii}.

Por otra parte, la implementación del cobro de servicios brindados a los beneficiarios de obras sociales fue difícil, aun cuando una disposición posterior hizo directamente responsable a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSaL) por el pago de las respectivas facturas. Las trabas y dificultades

burocráticas y la disminución de los recursos de las obras sociales hizo que, en general, la recuperación efectiva del gasto se estimara en alrededor de un 30% de lo facturado. Sin resolver las necesidades financieras de los hospitales, se profundizó aún más la inequidad general del sistema.

La segunda reforma del Estado.

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

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

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

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

Concentrador Pesquero se produjeron despidos masivos e, incluso este último, desapareció definitivamente.^{xxxii}

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

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

Ante este panorama, la reacción del INAREPS fue inmediata. Con cortes en la ruta 88, el personal del instituto, junto a pacientes y familiares, comenzaron a manifestarse en reclamo de la falta de presupuesto, secundados por el apoyo de los vehículos que ingresaban por la banquina a la zona sur de la ciudad. Sus disputas no eran aisladas, sino que comenzó a tejerse una alianza con otras organizaciones institucionales locales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), de la Administración Nacional de la

Seguridad Social (ANSeS) y del Instituto Nacional de Epidemiología (INE), confluyendo en la marcha hacia el palacio municipal y fundaba en la similitud de sus reclamos. La situación crítica ya databa de cuatros años, pero como señalaba en la convocatoria la Dra. Valente junto con las doctoras Miriam Elorriaga y Elisa Kaiser, en esta nueva etapa “directamente la Nación nos dejó sin presupuesto y la provincia no nos recibe. Este establecimiento cuenta con 70 internados, recibiendo diariamente a 800 personas en calidad de ambulatorios y manejando nada menos que cerca de 7.900 historias clínicas, en donde por lo menos el 60% de ellos no son de Mar del Plata y la gran mayoría vienen del Sur de nuestro país, porque el Instituto es cabecera de referencia de esa zona”^{xxxiii}.

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

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

discapacitados podrá curarse sólo hasta junio del año próximo y después comenzarán a transitar por la ruta a la espera de que alguien los recoja”^{xxxiv}.

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

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

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

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

repartir entre todos los establecimientos nacionales fue aprobado en la Ley nº 24.764 para el ejercicio de 1997.

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

En ese momento, el Estado se había transformado en nuestro propio enemigo. El Ministerio estaba para hacernos desaparecer. Se querían sacar el problema de encima y pasarnos a provincia. Cuando estaba el ministro Mazza, nos recibían Martínez (secretario), Lemus (subsecretario) y Chantore (asesor legal). En pocas palabras, su lógica era ¿cómo va a recibir trabajo un discapacitado si había gente mejor preparada? Su interés en la supervivencia del instituto era nulo^{xxxv}.

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

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

El único paliativo que se obtuvo fue mediante las Resoluciones del Ministerio de Salud y Acción Social Nº 458 y 546/97, incrementando el aporte para atender los gastos los tres primeros en la suma de \$1.730.000 cada una. Sumando estas dos modificaciones al aporte inicial de \$20.000.000 establecido por dicho artículo,

arrojaba un crédito definitivo por ese concepto de \$23.188.720; los cuales se devengaron en su totalidad de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro 1

Denominación	Devengado (en \$)
Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas"	16.848.720
Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca"	3.448.000
Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur	2.892.000
TOTAL	23.188.720

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

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

De esta manera se reflejaba en los medios locales:

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

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

A pesar de su limitada incidencia, el apoyo del gobierno local fue de acompañamiento a través de ciertas medidas evidenciadas por una carta que envió el intendente Elio Aprile al presidente Menem y a ambas cámaras del poder legislativo nacional. En la misma, se solicitaba la preservación del perfil del instituto de rehabilitación psico-física de discapacitados motores como hospital descentralizado y se exigía el cumplimiento de las actividades de normalización, supervisión y control de gestión de los servicios prestados a personas con discapacidad, previstas en el Decreto 762/97^{xxxviii}.

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

El resultado presupuestario fue idéntico al tratamiento del año previo. Si bien, nuevamente, se logró postergar la transferencia^{xl}, la mirada economicista

predominó por sobre las necesidades sociales y una demanda en aumento; asignándole al instituto \$20 millones hasta mitad de año con posibilidades de ampliación acorde a los recursos del Tesoro. Sin embargo, se consolidaron una serie de alianzas inter e intra institucionales que merecen su análisis.

Consideraciones

En primer lugar, ante la creciente inestabilidad social y emergencia económica, los límites de las demandas en el campo de la salud pública se fundían cada vez más con otros reclamos provenientes de distintos sectores de la población, generando lazos de cooperación y estrategias de resistencia compartidas. Una muestra concreta de ello era el apoyo explícito de la *Central de Trabajadores de la Argentina (CTA)*, nacida a partir de la separación de la *Confederación General del Trabajo (CGT)*, con un vínculo aceitado con ATE y en abierta oposición al menemismo. El segundo ejemplo lo ocupa el testimonio de la Mesa de Enlace de Jubilados y Pensionados de Mar del Plata y Zona, la cual expresaba su adhesión a los trabajadores del Instituto y a ATE, en defensa de la salud y sostenían: “Hoy nos toca de cerca este problema con nuestra Obra Social PAMI, en miras de privatización. Decimos no a la provincialización del INAREPS, intentando cambiarla a la medicina prepaga, con la entrega a las multinacionales y así marginar a los que no pueden acceder a dicho beneficio”^{xli}.

Si bien podría considerarse una exacerbación de los hechos vincular los conflictos del INAREPS con la privatización/extranjerización de los servicios de salud y la llegada de las multinacionales, dicha afirmación debe ser entendida dentro del clima de época de creciente conflictividad que se vivía en los últimos años de la década del '90. Las medidas tomadas por el Estado reformista desde la llegada del menemismo eran vistas como una serie de acciones previamente planificadas con organismos internacionales que buscaban terminar por romper las

instituciones sociales creadas a mediados de siglo y que habían tenido sus primeros cuestionamientos a mediados de la década del '70. De esa forma, las disputas del instituto ya no sólo se trataban de reclamos presupuestarios o salariales, sino un reflejo más de las nuevas reglas de juego que intentaba imponer el menemismo en la relación entre el Estado y la sociedad y el alcance de sus fronteras públicas.

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

Sobre este tema, Daniel Barragán (ATE) recordaba:

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

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

Notas

ⁱ Disponible en: Ley 24.156 de Administración Financiera y Sistemas de Control del Sector Público Nacional.

ⁱⁱ Disponible en: Ley 24061 del 19/12/91.

ⁱⁱⁱ Laura Valente. Médica especializada en fisiatría y rehabilitación. Fundadora de la Asociación de Profesionales en 1992 y actual directora del INAREPS. Entrevista Agosto de 2022.

^{iv} Más información disponible en: ANUSATE: a 41 años de su nacimiento – ATE.

^v Daniel Barragán. Secretario General de ATE (1991-2003) y actual Defensor del Pueblo del Partido de General Pueyrredón. Entrevista, noviembre 2022.

^{vi} VALENTE, Op. Cit, 2022. Por otro lado, aunque sin tanto eco en los medios locales y con una representatividad limitada la Asociación Marplatense Pro-Ayuda al discapacitado psicofísico, organización conformada por familiares de pacientes internados y por intermedio de su referente Cristina Roger, se manifestó en reiteradas ocasiones en contra del rumbo que había tomado el instituto y expresaba su apoyo al traspaso a manos de la provincia de Buenos Aires, señalando que “mejorará el funcionamiento de esta institución que tanto se ha ido desvirtuando con el correr de los años. Con la conducción del doctor Orozco, el instituto perdió mucha de la gente que trabajaba allí, incluso el apoyo de muchas entidades y el personal se fue retirando. Yo le pregunto, ¿por qué el instituto se ha transformado casi en un geriátrico, en vez de dedicarse a la rehabilitación?” (Diario La Capital. 30/11/97).

^{vii} Daniel Palos. Kinesiólogo y Jefe del Área de Terapia Física del INAREPS. Integrante de la Comisión Directiva de ATE Mar del Plata. Entrevista, Agosto de 2022.

^{viii} Diario El Atlántico, 13/11/1992, p. 3. En general, el bloque radical de la ciudad e, incluso, de la Provincia de Buenos Aires acompañaron los reclamos del INAREPS en los distintos niveles de organismos legislativos. En los fundamentos, el diputado radical Dr. Enrique Marcelo Honores, declaraba que “vería con especial agrado que el Poder Ejecutivo Bonaerense desestime definitivamente, convalidar el traspaso a la órbita del Estado provincial del INAREPS para su conversión en hospital neuropsiquiátrico. No decimos que un neuropsiquiátrico no sea necesario, sostenemos que de ninguna manera puede desactivarse un centro de rehabilitación para disfunciones físicas” (Diario El Atlántico, 14/11/1992, p. 12).

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

^x Diario La Capital, 15/11/1992.

^{xi} Diario El Atlántico, 17/11/1992, p. 6.

^{xii} El Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (I.R.E.P.) fue, en un principio, la renombrada “Ciudad infantil” en 1949, y en 1956 se transformó en el centro de atención para las víctimas de la epidemia de polio. Desde el año 1992 el instituto comenzó a ser municipal; quedando el INAREPS como única institución pública de rehabilitación a nivel nacional.

^{xiii} VALENTE, *Op. Cit*, 2022.

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

^{xv} Diario El Atlántico, 21/4/1993.

^{xvi} Diario El Atlántico, 23/4/1993.

^{xvii} Con la firma del concejal José María Conte y el aval de la UCR, se presentó un proyecto de Resolución al Consejo Deliberante. En los considerandos del proyecto presentado por Conte, el edil destacaba que “la situación de extrema gravedad por la que atraviesa el personal del mencionado instituto. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación tiene bloqueados fondos generados por el cobro de prestaciones a las Obras Sociales en el INAREPS por alrededor de 300.000 pesos, que la disponibilidad de los mismos daría la

solución de numerosos problemas de infraestructura que hoy se sufren". El legislador radical, Enrique Honores, también exhortó al ministro de Salud y Acción Social de la Nación para que procediera al pago de los haberes adeudados al personal del INAREPS (Diario El Atlántico, 24/4/1993).

^{xviii} Diario El Atlántico, 23/4/1993, p. 7.

^{xix} BARRAGÁN, *Op. Cit.*, 2022.

^{xxx} Diario La Capital, 24/4/1993, p. 7.

^{xxi} CROJETHOVIC, Mariá; ARIOVICH, Ana. La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Trabajo enmarcado en las tesis de maestría en Sociología Económica (IDAES-UNSAM). Una versión preliminar de la misma ha sido presentada en el 8vo Congreso de Antropología Social (Salta, 2006), 2006.

^{xxii} Sus principales ejes estaban centrados en el arancelamiento diferencial y el cobro de prestaciones al sistema de Obras Sociales.

^{xxiii} TOBAR, Federico. **Lecciones de las experiencias latinoamericanas y propuestas para la Argentina**. Buenos Aires. Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas Universidad del Salvador, 2004, p. 18.

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

^{xxv} Hacia el año 2000, los HPA tuvieron un alto grado de circulación en los medios de comunicación al conocerse presuntas maniobras de sobrefacturación a las obras sociales, especialmente PAMI. Por otra parte, varios establecimientos tercerizaron el sistema de facturación, lo privatizaron. A cambio, las empresas que brindaban el servicio comenzaron a quedarse con entre el 15 y el 30 por ciento de los montos que luego cobraban a las obras sociales. Son algunas de esas empresas las que también están sospechadas de sobrefacturar por servicios no prestados. "Así, un sistema que la mayoría de los especialistas consideró bueno terminó desnaturalizándose, al abrigo de cláusulas legales que tan sólo fueron revisadas hace tres meses." (Diario La Nación, 2000). Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/investigacion-hospitales-publicos-nid23357>.

Consultado el 16 de abril 2020.

^{xxvi} VISILLAC, Enriique. F.; MUCHBINDER, Marcos. Salud. **Autogestión y libre mercado**. La embestida contra el modelo solidario. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, 1996.

^{xxvii} Programa de Reforma do Setor Saúde (PRESSAL), 1995.

^{xxviii} VALENTE, *Op. Cit.*, 2022.

^{xxix} PALOS, *Op. Cit.*, 2022.

^{xxx} Decreto N° 939/00, art. 8.

^{xxxi} CROJETHOVIC; ARIOVICH, *Op. Cit.*, 2006: 22-23.

^{xxxii} BARRAGÁN, *Op. Cit.*, 2022.

^{xxxiii} Diario La Capital, 19/11/96, p. 11.

^{xxxiv} Diario La Capital, 1996, s/p.

^{xxxv} VALENTE, *Op. Cit.*, 2022.

^{xxxvi} PALOS, *Op. Cit*, 2022.

^{xxxvii} Diario El Atlántico, 26/11/97 p. 3.

^{xxxviii} El mencionado decreto establecía la creación del Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad con o sin cobertura de Seguro Nacional de Salud y de la Seguridad Social; así como la organización de las redes de derivación entre los cuatro niveles de atención. Disponible en: Decreto 762/97 del 11/08/97.

^{xxxix} Diario La Capital, 26/11/1997, p. 16.

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

^{xli} Diario La Capital, 30/11/97.

^{xlii} Diario El Atlántico, 27/11/1997, p. 3.

^{xliii} BARRAGÁN, *Op. Cit*, 2022.

Fuentes

Ley Nº 23.696. **Reforma del Estado**. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1989. Disponible en: [Ley 23696/1989 | Argentina.gob.ar](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm).

Ley Nº 23.697. **Emergencia Económica**. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1989. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm>.

Ley Nº 23.928. **Convertibilidad del Austral**. *Régimen legal*. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1991. Disponible en: [Ley 23928](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm).

Ley 24061. **Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Administración Nacional para el Ejercicio 1992**. Sancionada: Diciembre 19 de 1991. Promulgada: Diciembre 20 de 1991. Disponible en: [Ley 24061 del 19/12/91](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm).

Ley 25565. **Honorable Congreso De La Nación Argentina**. 6/3/2002. Presupuesto General de la Administración Nacional. Ejercicio 2002. Disponible en: [Ley 25565](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm)

Ley Nº 24.152. **Administración financiera y de los sistemas de control del sector público nacional**. Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1992. Disponible en: [Ley Nº 24.156, de Administ. Financiera y de los Sist. de Control del Sector Público Nacional](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/textact.htm).

Ley N° 24.764. **Apruébase el Presupuesto General de la Administración Nacional para el ejercicio 1997.** Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1996. Disponible en: [Ley 24764 del 18/12/96](#)

Ley N° 24.938. **Apruébase el Presupuesto General de la Administración Nacional para el ejercicio 1998.** Poder Legislativo Nacional. Argentina, 1997. Disponible en: [PRESUPUESTO 1998](#)

Decreto N° 359. **Sistema Nacional de Seguro de Salud.** *Reglamentación de la Ley 23.661.* Poder ejecutivo Nacional. Argentina, 1990. Disponible en: [Decreto 359/1990 | Argentina.gob.ar](#)

Decreto N° 578. **Créase el Registro de hospitales Públicos de Autogestión.** Poder Ejecutivo Nacional. Argentina, 1993. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/12550/norma.htm>

Decreto N° 1.615. **Constitúyese la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)** Poder Ejecutivo Nacional. Argentina, 1996. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm>

Decreto N° 430. **Reducción de retribuciones.** Poder Ejecutivo Nacional. Publicada en el Boletín Nacional del 31-Mayo-2000. Disponible en: [Decreto DNU 430/2000 | Argentina.gob.ar](#)

Decreto N° 482. **Servicios jurídicos.** Poder Ejecutivo Nacional. Publicada en el Boletín Nacional del 20-Jun-2000. Disponible en: [Decreto 482/2000 | Argentina.gob.ar](#)

Decreto N° 939. **Créase el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.** Poder Ejecutivo Nacional. Boletín Oficial N° 29.510 1° sección. Argentina, 2000. Disponible en: [Decreto 939/2000.](#)

Actas de Asamblea y Comisión Directiva de la Asociación de Profesionales del INAREPS (1993-2002). Recuperado de la Biblioteca INAREPS.

Diario La Capital (15/1/54; 24/10/56; 18/7/57). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.

Diario El Atlántico (19/2/57; 21/3/57). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.

Diario La Mañana (12/12/54; 28/10/56). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.

Diario El Trabajo (15/10/56; 17/10/56). Mar del Plata. Archivo de la Biblioteca Municipal de la Discapacidad.

Diario Ámbito Financiero (25/6/1996). Buenos Aires. Donado por la biblioteca del INAREPS.

Diario Página 12 (1992–1997). Buenos Aires. Donado por la biblioteca del INAREPS.

Diario La Capital (1992–1997). Mar del Plata. Donado por la biblioteca del INAREPS.

Diario El Atlántico (1992–1997). Mar del Plata. Donado por la biblioteca del INAREPS.

Entrevistas a:

Laura Valente. Médica especializada en fisioterapia y rehabilitación. Fundadora de la Asociación de Profesionales en 1992 y actual directora del INAREPS.

Daniel Palos. Kinesiólogo y Jefe del Área de Terapia Física del INAREPS. Integrante de la Comisión Directiva de ATE Mar del Plata.

Daniel Barragán. Secretario General de ATE (1991–2003) y actual Defensor del Pueblo del Partido de General Pueyrredón.

Referências

CROJETHOVIC, Mariá; ARIOVICH, Ana. La autogestión hospitalaria: descentralización en el contexto de los 90. El caso del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Trabajo enmarcado en las tesis de maestría en Sociología Económica (IDAES-UNSAM). Una versión preliminar de la misma ha sido presentada en el 8vo Congreso de Antropología Social (Salta, 2006), 2006.

VISILLAC, Enrique. F.; MUCHBINDER, Marcos. Salud. **Autogestión y libre mercado**. La embestida contra el modelo solidario. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, 1996.

TOBAR, Federico. **Lecciones de las experiencias latinoamericanas y propuestas para la Argentina.** Buenos Aires. Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas Universidad del Salvador, 2004.

Recebido: 10/07/2025

Aprovado: 30/08/2025

Publicado: 19/11/2025