

Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino.

Fernando Casullo UNRN-UNCo

1. Introducción: postales incompletas de una excepcional normalidad

Poner en análisis una trayectoria intelectual que tomó lugar en el estado neuquino cuando este pasaba de ser un territorio nacional a una provincia, es un llamado al vértigo. En el contexto de un país donde a lo largo de esa mitad del siglo siete millones de personas cambiaron su lugar de residencia en un ciclo de migraciones internas, las nuevas provincias del sur tenían mucho que ofrecer.¹ A las nuevas generaciones de profesionales -marcados por las profundas transformaciones de la ciencia y la técnica propias del clima de época- el sur argentino les resultaba un escenario muy estimulante.² Un exitoso desarrollismo genérico que trataba de romper adentro y afuera del país la lógica centro-periferia, dio aire fresco a los distritos del sur argentino.³ El intento de desmontar el modelo agro-exportador y de erigir en su lugar un complejo industrial diversificado, impulsó la búsqueda de fuentes energéticas acordes con esta nueva meta. Una economía que, hasta allí, había mirado “hacia fuera” mostró un creciente interés por crea “polos de crecimiento”, que irradiarían su influencia al conjunto nacional.⁴

Toda esta nueva sintonía ideológica, que valorizaba el papel planificador del Estado, tuvo a Neuquén como un escenario privilegiado. El recién nacido Movimiento Popular Neuquino, montado en la difícil dinámica de la proscripción del peronismo, encontró una verdadera zona prometida en aquella apuesta planificadora.⁵ Se concibió así un estado que “planificó la distribución del ingreso expandiendo e incorporando una sociedad en permanente cambio”.⁶ Nuevas instituciones vendrían a dar carnadura a

¹ PERREN, Joaquín, (2012), p. 6. Para el contexto más amplio del país en transformación, VAPÑARSKY, César (1995); LATTES, Alfredo, (2007), p. 11-46.

² VELAZQUEZ, Guillermo y MORINA, Guillermo, (1996), p. 551.

³ ALTAMIRANO, Carlos, (2001), p. 54-58.

⁴ AROSKIND, Ricardo, (2003), pp. 85-87; GIRBAL BLANCHA, Noemí (2004), p. 128; KATZ, Jorge, (1967), pp. 59-76.

⁵ Como dice Atilio Borón, lo que en los tempranos sesenta se presentaba como una seductora posibilidad, en las dos décadas siguientes se convertiría en un laboratorio donde se ensayaron un conjunto de políticas con ciertas reminiscencias keynesianas, BORON, Atilio, (1997), p. 11.

⁶ ARIAS BUCCIARELLI; Mario, (1997), p. 51-52. Para una discusión sobre el carácter o no de neoperonismo del Movimiento Popular Neuquino, que excede el propósito de este trabajo, léase FAVARO, Orieta, (1995), p. 8 y el dossier donde se encuentra sumado este artículo en <http://historiapolitica.com/dossiers/movimientopopularneuquino>.

estos ambiciosos objetivos, instalando en la provincia una suerte de laboratorio desarrollista.⁷ La apuesta, por otro lado, era acuciante en una provincia que mostraba el nuevo rostro de un territorio nacional vetusto.⁸ Las condiciones de vida revelaban una evidente falta de avance en indicadores básicos que hacían necesaria –más allá de deseable- la visibilidad de la mano del Estado. Muchos jóvenes encontrarían entonces, *vis a vis*, un lugar donde desplegar una labor profesional imbuida de compromiso político. Todo muy a tono en épocas del juego imposible en el país y de la dinámica de izquierdas latinoamericanas tan a tono con la Guerra Fría, el socialismo cubano y la teología de la liberación.⁹

En este marco no debería asombrarnos que Antonio Del Vas, un joven médico recibido de una Universidad de Buenos Aires en permanente convulsión, encontrara en la provincia un terreno fértil. Campo pródigo para el despliegue de una carrera profesional exitosa y veloz tanto como para madurar una amplia labor en política. Del Vas, cirujano formado en el Hospital Durand en momentos donde este era señor en la Atención Primaria de la Salud, terminaría a los 26 años de director del Hospital de Cutral C6 –ciudad donde se libraba una de las batallas más caras al desarrollismo, la del Hidrocarburo- y a los 30 Ministro de Bienestar Social de la Provincia. Tal lo narraban otros médicos que tomaron parte del mismo momento:

“Todo estaba por hacerse y nadie podía sustraerse de un rol protagónico. Era un Neuquén que se abría a la modernidad al ritmo de su flamante autonomía política. Alberto advirtió de inmediato la situación y, hombre de formación política como era, junto con su tarea de médico comenzó a frecuentar a los líderes de la provincia de la época”.¹⁰

Así como tampoco deberíamos llamarnos a sorpresa que esa misma persona se casara con su compañera de militancia en una capilla de Villa La Angostura durante una ceremonia oficiada por un jesuita que aprovecharía el momento para hacer un discurso con un fuerte tono social bien propio del tercermundismo.¹¹ Y hasta el hecho que luego

⁷ BLANCO, Graciela, (1999), p. 6-7.

⁸ PERREN; Jaquín, (2012), p. 31.

⁹ JAMES, Daniel, (2007).

¹⁰ PELLIN, Osvaldo y LORES Horacio, (2008).

¹¹ Hay autores que insertan la figura de Del Vas como Ministro de Bienestar de la provincia “en una línea de la Iglesia católica nacional que buscaba una superación de los paradigmas excluyentes de la Justicia y

bautizara a sus hijos con nombres como Aluminé y Pehuén.¹² Tampoco sería del todo extraño que debiera exiliarse en los años de la última dictadura militar. En realidad cualquiera de estas postales impresionistas –que tenemos claro que a lo sumo nos cuentan de una biografía tal vez un poco más excepcional- se enmarcaron en un proceso más amplio de constitución de carreras profesionales vinculadas a estos jóvenes estados provinciales, que quisiéramos aprehender desde una lógica amplia que supere el mero recorrido personal. En el caso de Del Vas esto es doblemente interesante por su papel de referente (parte de los “padres fundadores”) de un Plan de Salud innovador que se aplicó por aquellos años.

Muchos textos ya nos han advertido sobre la necesidad de ponerle rostro a las agencias estatales para comprenderlas en su despliegue técnico, político y hasta retórico.¹³ Poner en análisis la carrera de un agente estatal –de nuevo, más o menos destacada- puede decirnos mucho sobre la dinámica de aquella. En especial los momentos fundacionales como el que le tocó atravesar a Del Vas pueden ser interesantes en la medida que la acción individual está mucho menos condicionada por la inercia institucional presente en otras administraciones seculares. Entre el diseño de un plan y su puesta en funcionamiento las mediaciones si bien no estaban ausentes, podían ser mucho menores. Del cruce entre Estado y agentes sale el ejercicio que proponemos en esta ponencia: poder tomar el rostro de uno de los tantos médicos que llegaron a hacer su propia América al sur del paralelo 42 para construir un fresco de una de las apuestas a un cambio de las políticas públicas sanitarias que tuvo el país. La trayectoria de Del Vas frente a lo que significó el Plan de Salud de Neuquén resulta de una excepcional normalidad, tan en sintonía con el período y el espacio elegido.

2. El escenario: Neuquén y el MPN, nuevas ideas para viejos territorios.

La provincialización del territorio de Neuquén, efectivizada en 1958, fue un laboratorio ideal para probar el recetario desarrollista. En la joven provincia, que se incorporaba al sistema político luego de casi ochenta años como territorio nacional, se pusieron en marcha una serie de estrategias orientadas a generar un desarrollo en visión cercana a la CEPAL. Comenzaba por entonces a ganar espacio en la agenda del gobierno de

Libertad, a través del concepto de Desarrollo, y por lo tanto en sintonía con el pensamiento desarrollista cristiano vigente”. LENTON, Diana, (2010), p. 95.

¹² CHAVEZ, Vicki, (2012).

¹³ “Personalizar a las instituciones”, dicen como opción metodológica explícita Bohoslavsky y Soprano. BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO, Germán, (2010), pp. 9-55.

Frondeó la necesidad de promocionar determinadas regiones estratégicas como medio para dinamizar al conjunto del país. La creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el auge de las regiones como instrumentos de planificación fueron quizás los elementos más evidentes de este norte programático. La “región Comahue”, como se conoció a la franja septentrional de la Patagonia, comenzó a ser objeto de numerosos estudios técnicos y de proyectos de cierta envergadura. La aprobación de un complejo hidroeléctrico sobre los ríos Neuquén y Limay, donde se erigiría lo que la prensa de la época dio a conocer como el “Assuan Argentino”, y el tendido de un gasoducto entre Challacó y Puerto Rosales son claras muestras de las expectativas que despertaba la provincia de Neuquén en el concierto nacional.

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

Estas líneas maestras fueron llevadas a la práctica por la primera gestión provincial, que abarcó el periodo comprendido entre 1958 y 1962. En contexto político signado por una democracia restringida, en la que el peronismo estaba proscrito, llegó a la gobernación la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI). Primero con Jorge Edelman como gobernador y luego con Alfredo Asmar ocupando la primera magistratura, aquella fuerza política retomó el vocabulario que el desarrollismo había llevado a los primeros planos; cuestión que queda a la vista echando un vistazo a los dos ejes que orientaron la acción gubernamental, a saber: la creación una infraestructura básica y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.¹⁴

¹⁴ BLANCO, Graciela, (1999), p. 16.

Claro que el lenguaje desarrollista no fue un patrimonio exclusivo de la UCRI. En el marco de su conformación, con las particularidades que señalamos, el MPN encontró en la apuesta al desarrollo integral de una provincia atrasada uno de sus principales patrimonios. El discurso enunciado en 1962 por Felipe Sapag, líder del recién fundado Movimiento Popular Neuquino, pocos días antes de las elecciones de ese año, lo mostraba con claridad. En esa oportunidad declaraba que los objetivos del nuevo partido apuntaban a:

“la solución de los grandes problemas, que permitan y liberen el desarrollo económico-social de la provincia y tiene como objetivo fundamental, la felicidad del pueblo y la grandeza de Neuquén y la Patria (...) Aspira a elevar el nivel moral y material de la clase trabajadora a la que se pretende llevar por los carriles de la sumisión y la miseria”.¹⁵

Sobre la base de un discurso que combinaba en dosis equilibradas la retórica desarrollista, una arenga a favor de la distribución de la riqueza y un federalismo militante, el MPN se impuso por el 62 % de los votos y accedió al gobierno el 12 de octubre de 1963. En ese núcleo fundador se había insertado

Ante la Legislatura, el flamante gobernador describía, no sin dramatismo, que la joven provincia patagónica vivía *“una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre”*. Sin embargo, para Felipe Sapag, ese desolador panorama podía ser transformado, pues se disponía de *“recursos extraordinarios que esperan una acción planificada que trastoque el cuadro de miseria e ignorancia en otro que impulse la economía y eleve el nivel de vida”*. En lo que respecta a la problemática de la salud pública afirmaba enfáticamente que *“la protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia”* y que para ello era necesario *“dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez”*.¹⁶

Pero si los discursos de Sapag encontraron una calurosa recepción en la sociedad neuquina, esto se debía a que reflejaban una penosa realidad que se hacía especialmente grave en el terreno sanitario. Puede que algunas cifras nos brinden algunas pistas sobre un panorama que era todo menos halagüeño. La provincia, de acuerdo al Censo

¹⁵ CASTILLO, Enrique, (2005), pp. 312-315.

¹⁶ SAPAG, Felipe, (1994), pp. 20-24

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

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

Frente a esta situación, el gobierno que Felipe Sapag encabezó entre 1963 y 1966 desarrolló una serie de políticas con las que pretendía responder a las problemáticas sanitarias de la provincia. En materia de recursos humanos, mediante el nombramiento de profesionales en el subsistema público, el gobierno provincial pretendía poner “*todos los esfuerzos y recursos para revertir esta pavorosa carencia de protección sanitaria.*”¹⁷ De esta manera, se concretó un destacado crecimiento de los planteles médicos: si en 1960 había tan solo 24, para 1966 su cifra llegaría a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporación de otros especialistas, en particular en las áreas de bioquímica, obstetricia y enfermería. En cuanto a la infraestructura, el gobierno realizó una importante inversión en la construcción de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provincia.

¹⁷ SAPAG, Felipe, (1994), pp. 109-116.

Pero a pesar de estos avances, Sapag reconocía que los desafíos eran de una magnitud tal que no podrían resolverse en el corto plazo:

“Este empeño en las acciones para la salud de la población es de tal magnitud, que para cubrir las necesidades de la población podemos decir que estamos en el inicio de un largo camino. Falta infraestructura, carecemos de profesionales y enfermeras, no tenemos organización, faltan datos estadísticos”.¹⁸

En esa misma reunión, Sapag ordenó a su ministro de Bienestar Social que, junto al Consejo de Planificación, *“proyecten, estudien y comparen con otras jurisdicciones las medidas que permitan acelerar esta urgente necesidad de proteger la salud de la comunidad en general”*. En la expectativa del gobernador ese proyecto debía formalizarse antes de mediados de ese año. Sin embargo, 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. Con el desplazamiento de Felipe Sapag de la gobernación neuquina se cerró este primer ciclo. De todos modos, vale detenerse un poco en el ciclo abierto con el Onganiato, dado que allí maduraron muchas de las ideas sobre universalismo de la salud que luego se aplicarían al caso neuquino.

3. La Revolución Argentina. Dos tipos de políticas sanitarias en colisión

El Onganiato, ese régimen que abarcó el periodo comprendido entre 1966 y 1970, veía a la salud como un instrumento clave en su pedagogía eficientista. Como demuestran las propias palabras del nuevo presidente, el General Juan Carlos Onganía, en la primera Reunión Nacional de autoridades de Salud Pública, *“la Revolución Argentina hubiera perdido coherencia fundamental si no hubiera dado a la educación y a la salud la trascendencia que ha sido suscripta en su primera orientación”*.¹⁹ Los funcionarios que mejor interpretaron esta apuesta fueron el Secretario de Salud Pública, Ezequiel Holmberg, y su subsecretario, Alberto Mondet, ambos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Ellos sintetizaron el espíritu modernizante de ciertos sectores del Onganiato y completaron un andamiaje teórico-metodológico cuyas bases habían sido levantadas durante el gobierno de Illia.

¹⁸ *Ibíd.*, pp. 94-95.

¹⁹ *Ibíd.*

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 1967.²⁰ 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*”.²¹ 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”.²²

Esta postura estatista dejó su huella en las políticas sanitarias de la joven provincia de Neuquén. Para sostener esta idea solo basta con revisar el informe presentado por las autoridades en la “Primera Reunión de Ministros de Salud de la Región Comahue”, celebrada en Santa Rosa (La Pampa) hacia mediados de 1967. En esa ocasión, la comitiva neuquina reconocía que existía “*mora en aplicar elementos de organización más oportunos que permitan usar más equitativamente del progreso*”²³. Esta falta de criterio a la hora de administrar el sistema redundaba en una mala distribución de los establecimientos en la geografía provincial, en la falta de normas y estándares en la planificación de los servicios, en la duplicación innecesaria de tareas y en la ausencia de participación pública en los programas de salud²⁴. Como solución a este conjunto de problemas quienes estaban a cargo del Ministerio de Asuntos Sociales proponían una “*regionalización sanitaria, puesta en práctica ya por las autoridades de diversos países*”²⁵. En términos concretos, esta nueva orientación implicaba ubicar a la mayoría de los servicios de un área bajo la misma cabeza administrativa, en vez de

²⁰ MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA, (1970), pp. 33-51.

²¹ *Ibíd.*

²² BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, (1994), pp. 42-45.

²³ MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, (1967), p. 1.

²⁴ *Ibíd.*, pp. 1-2.

²⁵ *Ibíd.*, p. 2.

“seguir la actual división de las actividades de salud pública por grandes funciones (lucha anti-tuberculosa, materno-infantil, etc.)”²⁶. El resultado de esta reforma conduciría a un “*sistema coordinado y ordenado en el cual todas las instituciones asistenciales se convertirían en miembros de un conjunto cuidadosamente articulado*”²⁷.

Esta serie de recomendaciones, que iban en línea con las directrices establecidas por el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, tuvieron un fuerte impacto en el hospital neuquino. Después de todo, el nuevo sistema, que debía reemplazar al que había predominado en la etapa territorialiana, tendría en su cúspide a un Hospital Regional, que estaría dotado de todos los elementos técnicos y humanos. Esta manifiesta voluntad de jerarquizar al antiguo “Hospital Rural de Neuquén” se observa en aspectos edilicios, como la construcción en 1968 de un quirófano que terminó uniendo las instalaciones originales del nosocomio con la sala de internación, pero también en su creciente complejidad institucional²⁸. Sobre esto último, no podemos dejar de mencionar la creación, en 1967, de dos nuevos servicios regionales, uno de neurocirugía²⁹ y el otro de cirugía torácica³⁰, que evitaba la necesidad de trasladar a enfermos especializados a la Capital Federal con todos los gastos y riesgos para la salud que ello traía acarreado.

Claro que esta apuesta universalista y estatalista, observable tanto a nivel nacional como provincial, podía entrar en colisión con las tendencias corporativistas que también existían en el Onganiato. Los críticos al proyecto de Holmberg y Mondet imaginaban un sistema sanitario cuyo *pívor* serían las organizaciones sindicales. Esta concepción, contraria a los principios que regían la Secretaría de Salud, fue madurando conforme se hacían visibles los conflictos sociales y los límites del *shock* autoritario del Régimen. La premisa defendida por este grupo se relacionaba con la imposibilidad de que el Estado pudiera controlar en su totalidad la salud pública, puesto que se creía que no había fuerza y recursos posibles para lograrlo. En su lugar, los opositores a Holmberg y Mondet, dueños de un posicionamiento cercano a la social-cristianismo, plantearon con vigor una estrategia sanitaria que suponía la cooptación de las organizaciones sindicales como su eje central. Resultado de este embate fue la sanción

²⁶ *Ibíd*em, p. 2.

²⁷ *Ibíd*em, p. 2.

²⁸ AHPN, *Caja Salud Publica*, “Historia del Hospital Dr. Castro Rendon de Neuquén”, p. 1.

²⁹ Honorable Legislatura de la Provincia de Neuquén (HLPN), Decretos 1529/67, pp. 1-2.

³⁰ HLPN, Decretos 1597/67, pp. 1-2.

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*”.³¹ Esta normativa volvió muy dificultosa la implementación de niveles de complejidad creciente, la prestación del servicio y la determinación de zonificaciones. El modelo eficientista a nivel nacional agonizaba y daba paso a uno que funcionaba en clave corporativa. Veremos sin embargo que en Neuquén este proceso no se tradujo de forma tan clara y evidente si seguimos a la propia figura de del Vas como constructor del Plan de Salud. A contramano del viraje “corporativista” que habían tomado las políticas sanitarias en el país con la caída en desgracia de la tecnocracia autoritaria, Neuquén resultó a partir de la labor de Del Vas en el Estado un caso de universalismo *tardío*.

4. “Todo bípedo que se presente debe ser atendido”. El Plan de Salud

1970 fue un año crucial en la provincia: los procesos políticos a nivel nacional y provincial habían marcado un cambio de ritmo que habían reinstalado la figura de Felipe Sapag y el ejército de técnicos que traía consigo. Allí encontramos la incorporación definitiva de Del Vas a este esquema plaificador. “Recién llegado” a Cutral C6, ciudad donde Felipe Sapag había comenzado su carrera política como Intendente, el joven médico se insertó con su arsenal de conceptos nuevos en el esquema de Felipe Sapag, quien aparecía de nuevo con opciones de acceso al poder provincial. En enero la prensa local informaba que Rosauer, gobernador Federal Interventor de la provincia, había elevado su renuncia y que la misma sería aceptada por Onganía. Este, no casualmente, disfrutaba en febrero de unos días de descanso en el Messidor, residencia oficial del gobernador en Villa La Angostura. Durante su estadía y ya conocida la renuncia de Rosauer, se inicia el “operativo” de recambio del gobierno provincial. En busca de diálogo con las “fuerzas vivas” de la sociedad neuquina, Onganía identificó en Sapag el mejor representante de aquellas, entendiendo que éste último detentaba un “liderazgo natural” en la provincia. De esta manera, se daba un resultado paradójico: el gobernador que en 1966 había sido depuesto por la Revolución Argentina, era designado por ésta para tomar el mismo cargo a partir de 1970. Aunque no estuvo exenta de polémicas, sobre todo de los partidarios locales de la “Revolución

³¹ BELMARTINO, Susana, (2002), pp. 8-9

Argentina” que sentían la designación de Sapag como un desaire, la decisión de Onganía permitió al MPN volver a tomar las riendas del Estado provincial.

Desde 1970 a 1973, el gobierno de Sapag desarrolló una serie de medidas que le permitieron consolidar una estructura partidaria y un firme liderazgo, que posteriormente se convertirían en importantes ventajas de cara a una futura salida electoral. Entre esas iniciativas se destacaban algunas como la inauguración del aeropuerto internacional del Neuquén y la creación de la Universidad Nacional del Comahue.³²

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. Nos referimos, claro al Plan de Salud. A tal fin nombraría a Del Vas como Ministro de Bienestar, para que liderara un proceso de transformación de las condiciones sanitarias provinciales. Aquel, haciendo caso omiso de la lógica corporativista que primaba en esos años en la salud pública nacional, aclaraba en declaraciones como Ministro que una provincia con deficiencias como Neuquén necesitaba quedarse todavía con las miradas universalistas. “Todo bípedo que se presente debe ser atendido” era la lógica que primaba en la mirada de aquel, formulador del proyecto.³³ Desde su lugar estratégico, Del Vas se presentaría así como referencia política e intelectual para el desembarco de una serie de técnicos formados en las distintas agencias que daban marco a estos cambios de la salud pública. Llegaron así sanitaristas de distintos centros del país que dieron forma a un documento presentado en ese mismo año y que describía el programa de acción para el sector salud que debía desarrollarse en el marco de un plan integral.

5. El Riñón de una trayectoria: El Plan de Salud

Los objetivos y estrategias planteados en el documento que conformó Del Vas con estos nuevos técnicos, serían conocidos más popularmente con el nombre de “Plan de Salud”. En la introducción de aquel informe, Del Vas destacaba que desde la asunción del nuevo gobierno, en marzo de 1970, el doctor Néstor Perrone había sido designado Director General de Salud, mientras que en la Dirección Materno Infantil, se había colocado a la doctora Elsa Moreno. A estos dos facultativos el ministro había encargado

³² SAPAG, Felipe, (1994), pp. 130, 137, 164, 168, 172 y 186.

³³ PELLIN Osvaldo y LORES, HORACIO, (2008).

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”.*³⁴

El objetivo aparecía tanto más urgente cuanto que la situación sanitaria que exhibía la provincia en 1970, se mostraba preocupantemente similar a la de 1960. En efecto, si en 1960 la esperanza de vida era de 47 años, una década después apenas llegaba a los 54 años. Las continuidades son aun más evidentes en el caso de la mortalidad infantil que en 1960 era de 117 por mil y diez años después mostraba un preocupante 108 por mil.³⁵ Pese al crecimiento del número de médicos registrados en subsistema público (de 24 a 90 entre 1960 y 1970), la prestación de servicios en el sector seguía presentando problemas. En particular era notoria la debilidad en materia de atención primaria de la salud. Los once establecimientos sin internación existentes en 1970, que correspondían a los niveles de complejidad más básicos, representaban una proporción de tan solo uno cada 14.052 habitantes.

En un escenario como el neuquino, con un subsistema privado que aun no contaba con la escala adecuada para complejizar sus prestaciones, el reforzamiento de la salud pública era la única estrategia capaz de revertir el delicado cuadro sanitario.³⁶

³⁴ GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio (1993), p. 83.

³⁵ Los relatos en clave mítica se multiplican sobre este momento fundante del Plan y la decisión política que este traía aparejado: “A veces a pie, otra en caballo, salíamos a vacunar, catastrar, registrar y educar, rancho por rancho. (...) En esa época, Neuquén registraba el mayor índice de mortalidad infantil del país, con un promedio que superaba los 120 por mil. El gobierno del MPN, con Felipe Sapag a la cabeza, habían decidido no solo combatirla, sino erradicarla”, VACA NARVAJA, Gustavo, (2013).

³⁶ Sin que esta tensión haya del todo ausente en Neuquén. Fue una línea que con facilidad la detectamos en 1970, cuando fue promulgada la Ley 611. La misma implicaba la creación del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), integrado por la Caja de Previsión Social de la Provincia, surgida por la Ley N° 178 y la Obra Médico Asistencial de la Administración, creada por la Ley N° 42. El ISSN se constituye en el continuador jurídico de las mismas y sus funciones estarán destinadas a realizar en todo el territorio de la Provincia los fines del Estado en materia de Previsión y Seguridad Social. Esto significó la confluencia de los aportes y contribuciones previsionales con los destinados a la obra social, estableciendo los fundamentos de un esquema que, dada la escasa cantidad de jubilados de la administración, garantizaría la permanencia del ISSN. A la nueva institución, el Estado neuquino delegaba las funciones de previsión y seguridad social que hasta esa fecha habían estado bajo su control. En una provincia donde la actividad estatal adquiriría una presencia decisiva en la conformación de la sociedad, el diseño de un servicio de salud con prestaciones privadas para la totalidad de la administración pública, tanto provincial como municipal, tendría importantes consecuencias en el futuro.

Pero para que esas intervenciones fueran exitosas debían identificarse áreas de atención prioritaria. En este sentido, aunque se buscaba ampliar la capacidad de respuesta a la demanda espontánea en general, se puso un especial énfasis en lo que respecta a maternidad y niñez. A esta orientación se agregaban otras más generales, pero no menos importantes, tales como planes masivos de vacunación, asistencia alimentaria a grupos en situación de deficiencia nutricional, control de la tuberculosis y atención odontológica a los alumnos en establecimientos escolares. Pero si había un aspecto que resultaba crucial en el “Plan de Salud” era la importancia asignada a la educación sanitaria, con la que se 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, que *“no sólo cure enfermos sino que también se promueva la salud, se prevengan enfermedades, se proteja, se eduque y se rehabilite”*.³⁷

En la mirada de las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, estos objetivos sólo podían alcanzarse mediante el diseño de una nueva estructura organizativa para el subsistema público. De esta forma, el ministro Del Vas explicaba en la presentación de su informe que el sector se estructuraría en tres niveles –central, zonal y local-, basándose en el principio de la regionalización de las prestaciones. Esto implicaba la delimitación de cuatro zonas sanitarias que cubrían el territorio provincial y que estarían en la órbita de la Dirección General de Salud, cuyas políticas eran diseñadas a partir de cuatro áreas diferentes (atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales, y administración).³⁸ En el mismo sentido, la necesidad de contar con un control más estrecho sobre los distintos establecimientos del subsistema público, llevó al año siguiente a elevar el rango de aquella dirección, dando lugar a la creación a la Subsecretaría de Salud, al frente de la cual se nombró a Néstor Perrone. Al interior de la misma, además de las direcciones, emergería una instancia intermedia constituida por los jefes zonales y los directores de hospitales, quienes participarían en la formulación de los programas de equipamientos y en la determinación de las

La normativa, que definía al ISSN como una obra social abierta y arancelada, reconocía a los afiliados el “derecho a la libre elección de los profesionales de las ciencias médicas” y estos últimos la “percepción de aranceles que se establezcan por retribución de los servicios que se presten o con los importes que se determinen”. 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. Ley N° 611/70, art. 96 y 98.

³⁷ SAPAG, Felipe, (1994), pp. 130-134.

³⁸ *Ibídem*

necesidades que van surgiendo en cada zona sanitaria. De esta manera, la descentralización a nivel de zonas sanitarias, se combinaba con la centralización normativa en la nueva subsecretaría.

Definidas las zonas sanitarias y los diferentes niveles de complejidad en los que se reorganizaba el subsistema público, el “Plan de Salud” lanzado en 1970 pronto daría sus primeros resultados positivos. Se construyeron los hospitales de Piedra del Águila, Las Coloradas, El Huecú y Picún Leufú³⁹. También se remodelaron hospitales de cierta envergadura como los de Cutral Co, Zapala y Andacollo⁴⁰, a lo que cual se sumó la creación de puestos sanitarios en Taquimilán, Los Miches, San Ignacio y Añelo. Gracias a esta renovada infraestructura, en áreas rurales del interior principalmente, se revirtió ese estado de desprotección que pesaba sobre los pobladores. La muestra más clara de ello es el marcado descenso de la tasa de mortalidad infantil. En el transcurso de tres años, la misma descendió cerca de un 50%: pasó de 108 por mil en 1970 a un muy aceptable 56 por mil en 1974, poniendo a la provincia en línea con el promedio nacional⁴¹.

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

En la misma línea podemos mencionar el programa de Residencia Médica Rural, que contó con el apoyo de la Universidad de Buenos Aires, que apuntaba a la formación de profesionales que pudieran lidiar con las particularidades sociales y sanitarias del interior neuquino, configurando, en palabras del propio gobernador, “una experiencia altamente positiva digna de emular en otras regiones del país que enfrentan problemas

³⁹ HLPN, *Mensaje del Señor Gobernador de la Provincia de Neuquén Felipe Sapag a la Honorable Legislatura al inaugurarse en décimo Período Ordinario de Sesiones*, Neuquén, 1974, p.

⁴⁰ *Ibíd.*, p.

⁴¹ *Ibíd.*, p.

similares”⁴². También es de destacar los cursos de auxiliares que se dictaron en el área de enfermería, supliendo un déficit en materia de recursos humanos formados que arrastraba décadas. Las decenas de egresados de esta capacitación fueron absorbidos por el subsistema público de salud y, en particular, por el hospital neuquino. Gracias a estas incorporaciones, el balance realizado por las autoridades desbordaba de optimismo:

*“En esta actividad en que la oferta de recursos humanos es escasa, como en el resto del país, la provincia va completando los planteles llegando ya a un límite de discreta eficiencia y que va coronando el esfuerzo desplegado desde hace ya varios años cuando el panorama que se ofrecía era netamente deficiente”*⁴³

Claro que esta expansión y reformulación de la salud pública no estuvo exenta de conflictos, que contrarían las miradas heroicas o épicas que sobre el se tienen. En el caso del hospital regional vemos una fuerte resistencia de importantes sectores de la corporación médica. Muchos de los médicos que tenían cargos en los hospitales acostumbraban a derivar los pacientes hacia las clínicas privadas de las cuales eran miembros, haciendo de las instituciones públicas un espacio para la construcción de sus propias clientelas. En estas condiciones, la reorganización del subsistema público que se derivaba de la implantación de un régimen de dedicación exclusiva y de un mayor control sobre la práctica profesional, no podía sino despertar la oposición de quienes se beneficiaban de la situación hasta entonces vigente.

La resistencia de aquellos sectores médicos se transformó en conflicto hacia 1972, cuando todo hacía prever que el rumbo que se imprimía a los hospitales públicos se mantendría en los años venideros. Pocos días antes del inicio de un programa docente que la Subsecretaría había firmado con algunas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, aquellos grupos de profesionales que se desempeñaban en el hospital Castro Rendón 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

⁴² HLPN, *Mensaje del Señor Gobernador de la Provincia de Neuquén Felipe Sapag a la Honorable Legislatura al inaugurarse en undécimo Periodo Ordinario de Sesiones*, Neuquén, 1975, p.

⁴³ HLPN, *Mensaje del Señor Gobernador de la Provincia de Neuquén Felipe Sapag a la Honorable Legislatura al inaugurarse en undécimo Periodo Ordinario de Sesiones*, Neuquén, 1975, p. 10.

aquellos otros que apostaban por el fortalecimiento del subsistema público, el poder político jugó un papel determinante al dar un firme apoyo a estos últimos.⁴⁴

Entendemos a la conflictividad antes descrita no solo como un emergente de pujas corporativas sino también como una muestra más del convulsionado clima político que iba apartándose del optimismo de fines de los sesenta hacia los límites de mediados de los setenta. Si bien el MPN también resultó victorioso en las elecciones del 73, la irrupción finalmente del Proceso de Reorganización Nacional, volvería a poner en jaque el desarrollo del Plan de Salud diseñado por los Del Vas y sus técnicos. Aquí, la vinculación individual del propio Del Vas en la gestión, como señalamos al principio, se vio truncada por el exilio. Sin perjuicio de consolidar en su trayectoria un segundo momento con un espacio de trabajo muy fuerte en España tanto como sanitarista como representante político en distintos estamentos locales de la Alcaldía de Murcia. Sin embargo, no es motivo de este trabajo continuar con esa línea de indagación, sin principalmente poner la luz en cómo continuó la máquina que Del Vas había echado a andar. Es decir, si el Plan de Salud focalizado en la Atención Primaria pudo atravesar de forma más o menos exitosa el cambio de escenario que generó la Dictadura Militar, que a diferencia de la anterior, alteró el esquema de fuerzas en la provincia y puso en jaque a referentes del Plan como el propio Del Vas.

6. La dictadura: truncada la trayectoria, ¿finalizado el Plan?

El 24 de marzo de 1976 efectuó un golpe de Estado 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 fue designado en 1976 como Gobernador de facto el coronel José Martínez Waldner, previó interinato del coronel Antonio Contreras Santillán. Martínez Waldner se mantuvo en el gobierno entre 1976 y 1978, año en que asumió el general Manuel Domingo Trimarco, quién permaneció en el cargo hasta 1983. Esta secuencia de gobernadores, en especial el último, intentaron marcar una profunda

⁴⁴Como recuerda unos de los médicos convocados por Del Vas en los días previos a la llegada de los docentes de la UBA, “el gobernador Felipe Sapag vino, recorrió todo el hospital lleno de gente por todos lados, no les dio ni cinco de bolilla [a los médicos que protestaban] y nos dio un apoyo fundamental para que nosotros pudiéramos seguir adelante y eso transformó el hospital. Nuestras exigencias eran exigencias horarias, los médicos venían a la hora que se les daba la gana, no firmaban, se iban a cualquier hora, no operaban a los pacientes, no atendían.” Entrevista a Osvaldo Pellín, Neuquén, 27-09-2007

discontinuidad con la administración de Felipe Sapag, y de hecho Del Vas, lo dicho, debió exiliarse por esos años.

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 pre-paga 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 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”.⁴⁵

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. La trayectoria y la gestión de Del Vas fueron así interrumpidas –de hecho este nunca volvería a la provincia de su exilio en España-. Sin embargo, y esta es una de los aspectos centrales de su trayectoria, 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.⁴⁶ El mantenimiento de la misma estructura de prestación de servicios médicos era expresado por Héctor Jorge, Ministro de Bienestar Social de Neuquén, cuando explicaba que

“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

⁴⁵ Entrevista a Osvaldo Pellín.

⁴⁶ RÍO NEGRO, General Roca, 05-02-78.

atenderse de manera que el resto es enviado a Neuquén capital, siendo éste el hospital de derivación provincial.⁴⁷

Que el “Plan de Salud” hubiera sido creado por las autoridades depuestas en una clave desarrollista, 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 la caída de la mortalidad infantil 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”.⁴⁸ En el mismo evento remarcó la importancia de la atención primaria de la salud, explicando el papel de los agentes sanitarios, lo que tendrían:

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.⁴⁹

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.⁵⁰ Concluía la presentación de esa propuesta afirmando que “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”.⁵¹

Para esos años era ya era vista como una experiencia modelo por numerosos especialistas. En octubre de 1978 se realizó en Neuquén el lanzamiento de una serie de

⁴⁷ RÍO NEGRO, General Roca, 19-04-78

⁴⁸ RÍO NEGRO, General Roca, 29-04-78.

⁴⁹ RÍO NEGRO, General Roca, 29-04-78.

⁵⁰ RÍO NEGRO, General Roca, 19-04-78

⁵¹ RÍO NEGRO, General Roca, 19-04-78

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 que 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 extender la protección de estos sistemas a un mayor número de personas”.⁵² 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.

7. A modo de cierre

Consideramos pertinente marcar para este cierre lo importante de la dinámica que brindó a este Plan de Salud la pertenencia de Del Vas a un gobierno en un momento particular en las formas de concebir el Estado. Para Del Vas haber formado parte de una suerte de tecnocracia periférica efectiva le permitió imprimir al Plan de Salud una sobrevida superior al momento de experimentación (tanto más a tono con el favorable clima de época que la había dado sentido). Una combinación particular entre la fortaleza técnica de la oleada universalista y la carencia de un proyecto alternativo durante el Proceso Militar permitió que este estuviera presente y lo atravesara. Y con la vuelta a la democracia, y de Felipe Sapag al Poder Ejecutivo provincial, se le permitió cierta continuidad institucional al Plan de Salud que lo mantuvo a lo largo del tiempo hasta hoy.⁵³ Si bien la mirada de largo aliente escapa a los límites de este trabajo dado que se distancia mucho de la propia trayectoria de Del Vas.⁵⁴

Hay autores que han cuestionado esta mirada de continuidad, pero en todo caso sosteniendo que las mejoras sanitarias de la provincia no se explicarían solo por esa variable (otras provincias con iguales continuidades institucionales no tuvieron los mismos indicadores de salud).⁵⁵ No objetan entonces que haya existido continuidad institucional mínima, conseguida incluso en los años de la Dictadura, sino su valor explicativo en el aspecto sanitario.

⁵² RÍO NEGRO, General Roca, 11-10-78.

⁵³ VACA NARVAJA, Gustavo, (2005 – 2006).

⁵⁴ Para una historia más integral del Plan de Salud de Neuquén en las décadas de los 80 y 90 véase TARANDA, Demetrio (et al), (2008).

⁵⁵ BORINI, Mario, (1989), Neuquén.

El respaldo que el gobierno de Sapag dio a Del Vas y sus 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 resultaba más propio de la apuesta universalista de la mirada propia del primer Onganiato que de su declive en clave corporativista de la segunda parte de la Revolución Argentina.

Bibliografía:

- ALTAMIRANO, Carlos, (2001), *Bajo el signo de las masas (1943-1973)*, Colección del Pensamiento Argentino, Tomo IV, Buenos Aires, Ariel.
- ARIAS BUCCIARELLI; Mario, (1997), “El Estado neuquino: fortalezas y debilidades de una modalidad de intervención”, en FAVARO, Oriana, *La construcción de un orden estatal*, Neuquén, CEPHYC.
- AROSKIND, Ricardo, (2009), “El país del desarrollo posible”, en JAMES, Daniel (Dir.), *Violencia, Proscripción y autoritarismo (1955-1976)*, Nueva Historia Argentina, Tomo IX, Buenos Aires, Sudamericana.
- BLANCO, Graciela, (1999), *35 años del Copade y la Planificación en Neuquén*, Neuquén, COPADE-CEHIR.
- BELMARTINO, Susana y BLOCH, Carlos, (1994), *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelo organizativos 1960-1985*, Publicación N° 40, Buenos Aires, OMS-OPS.
- BELMARTINO, Susana, (2002), “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.

- BLANCO, Graciela et. al., (1999), *Neuquén: 40 años de vida institucional*, (1999), Neuquén, CEHIR-COPAIDE.
- BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO, (2010), Germán, “Una evaluación y propuesta para el estudio del Estado en Argentina”, en Bohoslavsky, Ernesto, *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*, Buenos Aires, Prometeo.
- BORON, Atilio, (1997), “Prologo”, en FAVARO, Orietta, *Neuquén: la construcción de un orden estatal*, Neuquén, CEPHYC.
- CASTILLO, Enrique, (2005), *Neuquén, crónica de un época... y la fundación del M.P.N*, Neuquén, Ed. del Autor.
- CHAVEZ, Vicki, (2012), “Del Vas: Médico y Político”, *Diario La Mañana de Neuquén*, 9 de agosto.
- FAVARO, Orietta, (1995), “El caso del Movimiento Popular Neuquino 1961-1973, ¿una experiencia neoperonista exitosa?”, en *Estudios Sociales Revista Universitaria semestral*, Santa Fe, 1995.
- GIRBAL BLANCHA, Noemí (Coord.), (2004), *Estado, Sociedad y economía en la Argentina (1930-1997)*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- GOROSITO, Jorge y HELLER, Horacio, (1993), “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.
- JAMES, Daniel, *Violencia, Proscripción, Autoritarismo 1955-1976*, (2007), Buenos Aires, Sudamericana.
- KATZ, Jorge, (1967), “Características estructurales del crecimiento industrial argentino (1946-1960)”, *Desarrollo Económico*, num. 26, Vol. 7, julio-setiembre.
- LENTON, Diana, (2010), “Políticas del Estado Indigenista y políticas de representación indígena: propuestas de análisis en torno al caso neuquino en tiempos del desarrollo”, en *Revista Sociedades de Paisajes Áridos y Semi-áridos*. Revista Científica del Laboratorio de Arqueología y Etnohistoriade la Facultad de Ciencias Humanas, año II, Volumen II, Junio.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, (1967), “Informe presentado por la provincia de Neuquén, en la Primera Reunión de ministros de salud de la Región Comahue en Santa rosa (La Pampa)”, Neuquén.

- MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA, (1970), *Conclusiones y recomendaciones. Reuniones nacionales y regionales de autoridades de Salud Pública 1966-1969*, Buenos Aires.
- MORENO, Elsa; NIREMBER, Olga y PERRONE, Néstor, (Coordinadores), (2003), *Evaluación del Sistema Público de Salud de Neuquén, Informe Final*, CEADEL– Gobierno de Neuquén.
- PELLIN, Osvaldo y LORES Horacio, (2008), “Una semblanza de Antonio Del Vas”, *Diario Río Negro*, 22 de mayo.
- PERREN, Joaquín, (2012), *Las migraciones internas en la Argentina contemporánea. Una mirada desde la Patagonia (Neuquén, 1960-1991)*, Buenos Aires, Prometeo.
- SAPAG, Felipe, (1994), *El desafío*, Temuco, Chile, Impresos Spring Ltda.
- TARANDA, Demetrio (et al), (2008), *Silencio Hospital: Una historia de la salud pública en Neuquén*. Universidad Nacional del Comahue, Neuquén.
- BORINI, Mario, “Reinterpretación del `fenómeno Neuquén””, (1989), *Revista "MR"*, Sociedad de Medicina Rural del Neuquén, octubre, Neuquén.
- VACA NARVAJA, Gustavo, (2013), “Tricao Malal”, en *Cono Sur. Ensayos sobre dictaduras latinoamericanas*, <http://www.mundoculturalhispano.com/spip.php?article765>.
- VACA NARVAJA, Gustavo, (1998), *El Seguro Provincial de Salud, en El Seguro Provincial de Salud*, Ministerio de Salud Pública, Provincia del Neuquén.
- VAPÑARSKY, César, (2007), “Primacía y Macrocefalia en la Argentina: la transformación del sistema de asentamiento humano desde 1950”, *Desarrollo Económico*, volumen 35, n° 138, 1995;
- VELAZQUEZ, Guillermo y MORINA, Guillermo, (1996), “Las migraciones interprovinciales y el proceso de diferenciación regional. El caso argentino (1960-1991), *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, año 11, n° 34.