

Lucarelli, Malvina Ramona

**Descentralización de la
salud en Argentina: el caso
del hospital Dr. Pascual A.
Tirro de Hernando, Córdoba,
Argentina (1989-1999)**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Letras**

Director: Ortiz Bergia, María José

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No comercial- Compartir igual 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN HISTORIA

*“Descentralización de la salud en Argentina: el caso del hospital
Dr. Pascual A. Tirro de Hernando, Córdoba, Argentina (1989-1999)”*

Autora: Malvina Ramona Lucarelli

Directora de Tesis: Dra. María José Ortiz Bergia

Año 2025

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Vaya que fue largo, vaya que me costó, vaya que atravesé momentos, vaya que me caí, vaya que creí no llegar. Pero hoy miro todo el camino recorrido y me siento feliz, alegre, de haberlo logrado. Soy Malvina y hoy estoy orgullosa de mí, de todo lo que logré. Hoy le agradezco a mis viejos Nelly y Tato que tantas veces me acompañaron (acompañan) en la vida, ellos son mis mejores amigos en mi andar. A mis grupos de amigas/os que siempre están, que acompañan, que me enseñan, que están y me aceptan como soy. Agradezco su presencia en mi vida es muy valorable. Un aparato especial a mis amigas “desaktadas” que siempre abrazan. A mi team del amor que siempre estuvieron presentes, al pie del caño. A mi team de running que se formaron lazos hermosos del correr y del andar. A mis estudiantes del IDC que tantas veces me escucharon hablar del tema en clases. A mi directora de tesis María José, “Majo” (como me firmaba en los mails), porque sin su paciencia, consejos y acompañamiento esto no sería posible. A todas aquellas personas hermosas que me crucé en esta investigación, que desinteresadamente me respondieron cada pregunta, me brindaron información, que me guiaron.

Este trabajo es a la memoria de mi estrella favorita del cielo, a mi nona “Piruca” que esta en otro plano, pero la siento conmigo acompañándome, guiándome... le dedico este trabajo en relación al hospital de Hernando que tanto le brindo a su salud de los últimos días, la cuido y le otorgo un gran servicio de salud. Te quiero nona (y te extraño).

Los años 90 fueron mi infancia (feliz y alegre) este trabajo me recuerda a esa Malvina de 5/6 años que ya por aquel entonces quería ser docente, que amaba viajar a las sierras de Córdoba, que amaba las historias del pasado...así siempre Malvina, así siempre viejita (como me dicen mis viejos).

“Querida yo lo estás haciendo bien.”

Canción de Camilo y Yami Safdie.

ÍNDICE

Introducción	9
Capítulo I: Antecedentes y contexto histórico: la nación y la provincia de Córdoba	16
I.1. La Reforma del Estado y la descentralización nacional	17
I.2. Córdoba en el proceso de descentralización	21
I.3. La descentralización sanitaria cordobesa	23
Capítulo II: Hernando, un pueblo del interior de Córdoba	27
II.1. Hernando bajo el contexto de los años 90	28
II.2. Las instituciones Hernandenses	30
II.3. La salud en Hernando en los años 90	37
Capítulo III: Hernando, el municipio y su hospital en los años 90	40
III.1. El municipio de Hernando	41
III.1.1. La construcción del municipio de Hernando	41
III.1.2. El municipio de Hernando en los años 90	43
III.1.3. La situación financiera del municipio de Hernando en los años 90	46
III.2. La transferencia del Hospital Dr. Pascual A. Tirro y la Municipalidad	49
III.2.1. Discusiones y acciones municipales ante la descentralización	49
III.2.2. El Hospital bajo la administración municipal	52
III.2.3. La financiación del Hospital municipal	53
III.2.4. La salud municipalizada en expansión	55

Capítulo IV: El Hospital Dr. Pascual A. Tirro	58
IV.1 Breve recorrido por la salud pública en Hernando: del dispensario al hospital provincial	59
IV.2 El Hospital a finales del siglo XX	62
IV.3 La descentralización del Hospital	65
IV.3.1. El financiamiento del Hospital	67
IV.3.2. El personal hospitalario	68
IV.3.3. La estructura hospitalaria	71
IV.3.4. Las prestaciones sanitarias en la ciudad	72
IV.3.5. Las prestaciones con la Nación y la provincia	73
Conclusiones	75
Bibliografía	78
Fuentes	82

ÍNDICE DE SIGLAS

AMICO	Asociación Mutual Intercooperativa Solidaria.
APS	Atención Primaria de la Salud.
EPEC	Empresa Provincial de Energía de Córdoba.
EPOS	Empresa Provincial de Obras Sanitarias.
FATRE	Federación Argentina de trabajadores rurales y estibadores.
FOFINDES	Fondo de Financiamiento de la Descentralización de la Salud.
FOVICOR	Fondos para las viviendas de Córdoba.
IPAM	Provincial de Atención Médica.
LALCEC	Liga Argentina de lucha Contra el Cáncer.
OSECAC	Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles.
ONG	Organización no gubernamental.
PAICOR	Programa de Asistencia Integral de Córdoba.
PAMI	Programa de Atención Médica Integral.
PBI	Producto Bruto Interno.
SEP	Sindicato de Empleados Públicos.
UCR	Unión Cívica Radical.
UATRE	Unión Argentina de trabajadores rurales y estibadores.
UEPC	Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Población de la localidad de Hernando.	29
Tabla N°2 Escuelas en Hernando en los años 90.	31
Tabla N°3 Oficinas estatales en los años 90.	32
Tabla N°4 Bancos privados y públicos en Hernando en los años 90.	33
Tabla N°5 Clubes deportivos en Hernando en los años 90.	34
Tabla N°6 Instituciones culturales en Hernando en los años 90.	35
Tabla N°7 Asociaciones corporativas en Hernando en los años 90.	35
Tabla N°8 Asociaciones cooperativas en Hernando en los años 90.	36
Tabla N°9 Establecimientos de salud en Hernando en los años 90.	37
Tabla N°10 Sociedades de Inmigrantes en Hernando en los años 90.	38
Tabla N°11 Sociedades civiles en Hernando en los años 90.	39

INTRODUCCIÓN

La descentralización ha sido uno de los fenómenos centrales de los programas de reforma del Estado que se impulsaron en América Latina durante las últimas décadas del siglo XX. Promovida por diversas causas, la descentralización de las políticas públicas implicó una reconfiguración en la distribución de responsabilidades entre los distintos niveles estatales, modificando la dinámica entre los gobiernos nacionales y las jurisdicciones sub-nacionales. Particularmente, el área de la salud fue un sector clave dentro de estas transformaciones.

En la Argentina, la década de 90, durante la presidencia de Carlos Menem, estuvo marcada por un profundo programa de reformas estructurales bajo el paradigma del Consenso de Washington, dentro de las cuales la descentralización fue un componente esencial de la reforma del Estado nacional. Este proceso se manifestó con fuerza en la transferencia de servicios sociales, como la educación y la salud, hacia las provincias y de estas hacia los municipios y comunas. La implementación del proceso descentralizador generó debates sobre la sustentabilidad financiera como así también sobre las capacidades de gestión de los niveles de gobierno locales para asumir estas nuevas responsabilidades. Córdoba no fue ajena a los procesos desplegados a nivel nacional.

Ahora bien, aunque diversos autores han avanzado en el conocimiento de los procesos de reforma del Estado a nivel provincial ha sido menor la atención prestada a este fenómeno a nivel municipal. Es por ello por lo que en esta investigación nos interesó preguntarnos: ¿de qué manera las políticas descentralizadoras nacionales y provinciales generaron transformaciones en las prestaciones de salud en los municipios? ¿qué cambios se gestaron en la infraestructura hospitalaria a nivel local? como resultado de lo anterior ¿qué modificaciones afectaron al personal y al abastecimiento de los recursos materiales de los hospitales descentralizados? ¿qué otros actores locales, provinciales y nacionales intervinieron en el mencionado proceso? Para profundizar sobre este proceso de descentralización de la salud pública, en este trabajo nos propusimos ahondar a través de un estudio de caso en los procesos de descentralización y posterior municipalización de las prestaciones sanitarias. De tal modo, mediante el análisis específico de un caso municipal del interior de la provincia de Córdoba, Hernando, localidad de diez mil habitantes situada en la región pampeana, buscamos ahondar en los rasgos del proceso y en los diversos efectos sociales, económicos y políticos que el proceso desencadenó.

Este problema se comprende mejor en el estado de los estudios sobre el Estado en las ciencias sociales. Al respecto, es posible aseverar que los análisis sobre el Estado se han ido profundizando desde finales del siglo XX y los temas han sido diversos (Skocpol, 1995). La autora Theda Skocpol analiza y describe en su ensayo “*el Estado regresa al primer plano*”, la importancia de investigar y comprender el funcionamiento interno del Estado, rescatando aspectos como sus capacidades, su autonomía y el papel que estos tienen como actores para lograr alcanzar sus propios objetivos más allá de los intereses de la sociedad. En definitiva, invita a indagar en el rol de las agencias estatales y en su funcionamiento y no solo a pensarlas como el ámbito en que se procesan demandas externas (Skocpol, 1995:12-30).

En la Argentina también, en los últimos tiempos, el Estado se ha convertido en objeto de reflexiones y se lo ha estudiado desde diversas perspectivas tanto desde las ciencias políticas, las relaciones internacionales, la antropología, la sociología, la historia, entre otras ciencias sociales. En consecuencia, su estudio se ha focalizado en dos grandes cuestiones: su rol como una institución política clave en la producción del orden social y la realización de la ciudadanía; su génesis y desarrollo histórico con el objetivo de defenderlo, transformarlo o para proclamar su inevitable disolución (Bohoslavsky y Soprano, 2010:9).

Para Elsa Pereyra y Patricia Berrotarán es posible deslindar tres momentos de análisis para pensar la trayectoria estatal en la Argentina: paz y administración, equidad e intervención y, por último, flexibilización y regulación. Esta última etapa se habría caracterizado por una serie de rasgos específicos como la emergencia de una nueva concepción del Estado que implicó la jerarquización de dispositivos y figuras tendientes a controlar la actividad estatal y la mediación entre administración pública y los administrados, el fortalecimiento del principio de autonomía de las provincias y, por último, la creación de presupuestos mínimos para la protección del ambiente y la provisión de marcos regulatorios de los servicios públicos (Berrotarán y Pereyra, 2010:145-146). En nuestro trabajo ahondamos en este último momento en la gestación del Estado.

En consecuencia, en la presente investigación, dialogamos con los estudios que profundizan en las reformas del Estado nacional en las últimas décadas del siglo XX. Alrededor de este tema son numerosas las indagaciones que se vienen realizando, prestando atención a la trayectoria estatal en América Latina y Argentina con relación a los procesos liberalización de los mercados, privatización de los servicios públicos, el nuevo rol de la mujer, la emergencia de una nueva cuestión social y el despliegue de las políticas asistenciales, entre otros temas

(Oszlak y O'Donnell, 1995; Falletti, 2004; Martínez Franzoni, 2005; Soldano y Andrenacci, 2006; Ugalde y Homedes, 2008; Ramacciotti, 2005-2010; Ortiz de Rozas, 2016).

Sobre el problema que estamos analizando, es necesario reconocer que la historiografía reciente sobre el Estado llama la atención sobre la variabilidad de las formas e intervenciones estatales según períodos políticos y/o económicos diversos, a lo que habría que agregar la alternativa de estudiar al Estado en el interior del país, tendiendo con ello a complejizar la perspectiva al indagar en las intervenciones estatales a través de diversas escalas y espacios geográficos. Como resultado de ello, es posible contar con estudios y visiones originales sobre el Estado en el interior de la Argentina con respecto a cómo se construyen, funcionan y transforman en el territorio las intervenciones estatales (Ortiz Bergia, 2015:61-63).

Dentro de esa perspectiva, nos interesa deslindar un conjunto de trabajos que abordan específicamente la implementación de la reforma del Estado en Córdoba. Alrededor de esta cuestión cabe destacar aquellos estudios que focalizan y profundizan los diversos resultados alcanzados por los procesos de descentralización y cómo estos presentaron alternativas a lo planteado a nivel nacional. Dentro de este grupo se incluyen investigaciones como las de Mónica Cingolani (2000), María Susana Bonetto, Fabiana Martínez y María Teresa Piñero (2003), Iván Ase (2006) junto a Jacinta Burijovich (2002 y 2009), Mónica Gordillo (2006), Lorena Moscovich (2006), Gabriela Closa (2008 y 2009), Alejandro Manzo (2011) y Marta Philp (2016). Estos estudios permiten ahondar en las medidas descentralizadoras, prestando atención a las leyes sancionadas por el gobierno provincial y también atienden a las estrategias aplicadas en la difusión e imposición del neoliberalismo en el territorio cordobés.

De tal modo, los mencionados autores realizan un recorrido que se inicia en los años 70 y rastrean de manera sistemática las distintas leyes y decretos mediante las que el gobierno nacional fue delegando responsabilidades y tareas en los gobiernos provinciales. Al respecto, la mayoría de los trabajos coinciden en que el mayor impacto de estas políticas descentralizadoras se produjo en la salud y la educación. Dentro de este conjunto cabe destacar los aportes de Antonio Ugalde y Núria Homedes (2008) quienes indagan en los efectos de la descentralización de la salud y contraponen las normativas a los procesos de implementación de esas políticas.

En referencia al período a indagar, es importante también rescatar algunas investigaciones que hacen referencia a la situación provincial de Córdoba a través de análisis específico de municipios. Laura Pautassi (1995) llevó adelante un estudio comparativo de

algunos municipios como San Francisco, Marcos Juárez, Villa Dolores, Cruz del Eje y Jesús María de manera contemporánea a los procesos de descentralización. Como consecuencia, su investigación constituye un aporte a la indagación de la variabilidad de estos procesos en algunas de las ciudades más importantes de la provincia.

Por último, esta investigación rescata los estudios sobre historia de la salud en Argentina en las últimas décadas. Al respecto, autores como Diego Armus (2010), Matias Ballesteros (2017), Susana Belmartino, Carlos Bloch y Ernesto Báscolo (2002), Adrián Carbonetti (2013) y María Silvia Di Liscia (2006), Adrián Carbonetti, Lila Aizenberg y María Laura Rodríguez (2013), han efectuado avances en el campo de una *“nueva historia social de la salud y la enfermedad”* centrada en los procesos de salud-enfermedad. Más precisamente, han ido surgiendo diversos enfoques como la nueva historia de la medicina, la historia sociocultural de la enfermedad y la historia de la salud pública. Esta última orientada a profundizar en los estudios sobre las acciones estatales para preservar o restaurar la salud colectiva.

Recapitulando, a partir de la revisión de las investigaciones sobre el tema consideramos que el análisis de una pequeña localidad como Hernando, en la zona centro sur de la provincia, a través del caso del hospital Dr. Pascual Tirro de Hernando, nos permitirá comprender las diversas trayectorias institucionales y sociales de los procesos de descentralización sanitaria del período.

Para poder aprehender el proceso retomamos algunas categorías teóricas que resultan operativas para este análisis. En primera instancia, nos interesa indagar en el rol del Estado en cuanto a su capacidad para diseñar políticas sociales, las cuales son entendidas como el conjunto de acciones, concepciones ideológicas e intervenciones plasmadas en diseños normativos e institucionales destinadas a promover el bienestar de la población (Ramacciotti, 2005 y 2010). En particular, nos detenemos a analizar en los procesos de descentralización de las políticas sociales. Al respecto, Tulia Falletti (2004) proporciona una definición operativa de estos procesos, entendiéndolos como:

“un proceso conformado por el conjunto de políticas públicas que transfiere recursos, responsabilidades o autoridad del nivel nacional (...) hacia los niveles sub-nacionales (...). Según el nivel de descentralización, las relaciones intergubernamentales se ubican en algún punto del continuo que van de una situación de autonomía absoluta del gobierno central respecto de los niveles sub-

nacionales de gobierno, a otra autonomía absoluta de los gobiernos sub-nacionales respecto del poder central” (Falleti, 2004:20).

Continuando con el trabajo de Falleti, la mencionada autora indica que las políticas descentralizadoras pueden agruparse en tres áreas: fiscal, administrativa y política. Según el interés de nuestra investigación, solo definiremos una de ellas: la descentralización administrativa. Esta se refiere al conjunto de reformas que transfieren la administración y provisión de servicios sociales, como por ejemplo la salud y la educación, las que estaban en manos de los niveles altos del gobierno y pasaron a otros niveles más bajos (Falleti, 2004:21).

Para indagar, a su vez, el fenómeno de la descentralización resulta operativo recuperar la propuesta de Berrotarán y Pereyra de estudiar al Estado a partir de tres dimensiones. La primera dimensión son los proyectos políticos, aquellas acciones y políticas públicas que buscan otorgar una dirección general a la sociedad. La segunda dimensión son las estructuras de lo estatal, focalizando la atención sobre aquellas agencias que se crean para el desarrollo de las políticas y acciones públicas. La última dimensión son las interacciones entre actores sociales y estatales (Berrotarán y Pereyra, 2010).

A instancias de estas líneas teóricas, en esta investigación planeamos analizar en el espacio local el impacto de las acciones descentralizadoras gestadas a nivel nacional y provincial durante el último decenio del siglo XX. Para ello, nos proponemos indagar en los cambios introducidos en los diseños y la estructura municipal a instancias de las nuevas responsabilidades impuestas por la descentralización. También pretendemos estudiar las consecuencias que la municipalización tuvo en la gestión hospitalaria en el personal de salud, la infraestructura y los recursos materiales. Finalmente, prestamos atención a los diversos actores civiles y políticos involucrados en el funcionamiento del Hospital Dr. Pascual A. Tirro y su participación en el proceso de descentralización.

Nuestro supuesto principal consiste en aseverar que el proceso de descentralización de los hospitales a los municipios cordobeses como el de Hernando tuvo como consecuencia una fuerte presión sobre la estructura municipal y la generación de transformaciones en los servicios médicos hospitalarios. De tal modo, la transferencia generó una reducción de los recursos hospitalarios que resintió el mantenimiento de la infraestructura, el pago al personal de salud y la prestación de los servicios. En la coyuntura, el municipio debió establecer nuevos aranceles comunales, impulsó un sistema de trabajo precarizado y las asociaciones civiles adquirieron una gran centralidad financiando el servicio. A su vez, los problemas financieros generados por

la municipalización y el alto costo de las prestaciones médicas impulsaron la transformación de las prestaciones de los servicios hospitalarios con la concentración de los servicios en la atención primaria de la salud.

En términos metodológicos el trabajo pretende explorar las transformaciones generadas en la salud pública cordobesa en la década del noventa a instancias de los procesos de descentralización y posterior municipalización de los efectores de salud. Para ello, realizaremos un estudio de caso a través de la trayectoria del Hospital Dr. Pascual A. Tirro de la localidad de Hernando entre 1989 y 1999.

La investigación se llevó a cabo estudiando al hospital, la política municipal y a los actores civiles y políticos involucrados en su gestión y financiamiento. En primera instancia, analizamos la política de descentralización sanitaria municipal y provincial. Con esa finalidad, indagamos en el marco normativo, la gestión administrativa y las modificaciones presupuestarias. Para concretar esta parte de la investigación se utilizaron predominantemente actas, decretos y ordenanzas del Concejo Deliberante y del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de Hernando en el período 1989-1999. También se usaron entrevistas a funcionarios y empleados municipales.

En segunda instancia, el proyecto buscó analizar las transformaciones en los recursos económicos y tecnológicos, el personal de salud y los servicios prestados en el hospital entre 1989 y 1999. Para ello, nos detuvimos en la caracterización de los cambios y continuidades que se produjeron en el hospital durante esa década. A través de entrevistas a empleados hospitalarios, funcionarios municipales y diversos actores que participaron en la gestión sanitaria municipal, buscamos información relativa a los cambios producidos en el hospital y también sobre su vínculo con el municipio.

Los resultados alcanzados se estructuraron en cuatro capítulos. En el capítulo I, planteamos los antecedentes y el contexto histórico a nivel nacional y provincial de finales del siglo XX. En dicho capítulo, se profundiza sobre las medidas que se fueron gestando como así también sobre el impacto que fueron generando en la organización estatal. En el capítulo II, se focaliza principalmente en Hernando, en la descripción de la localidad en los años 90, sus principales instituciones públicas y privadas como así también el sistema sanitario de la localidad en la época. En el capítulo III, se describe y analiza la Municipalidad de Hernando en los años 90, prestando atención a las particularidades propias de dicha institución y al papel que asumió ante la transferencia del Hospital Dr. Pascual A. Tirro. En el capítulo IV, se describe

puntualmente el nosocomio desde sus orígenes a mediados de los años 30 y sus transformaciones a lo largo del siglo XX. En especial se detiene en los cambios que se originaron a raíz de la descentralización y cómo accionó el municipio.

Finalmente, en el apartado de las conclusiones, se sintetizan los hallazgos obtenidos de la presente investigación, resaltando avances, desafíos, oportunidades y consecuencias de la descentralización para el municipio y el hospital. A lo largo de este recorrido, se espera que el trabajo contribuya a la historia local de Hernando, a la vez que impulse una comprensión más compleja de los efectos sociales, económicos y políticos de las políticas de descentralización de los años 90.

CAPÍTULO I

**ANTECEDENTES Y CONTEXTO HISTÓRICO: LA NACIÓN Y
LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

I.1.LA REFORMA DEL ESTADO Y LA DESCENTRALIZACIÓN NACIONAL

En la Argentina, hacia finales del siglo XX es posible reconocer una serie de reformas que conllevaron profundos cambios en las relaciones entre el Estado, la sociedad y el mercado. Durante los años 90, fenómenos como la desregulación, los ajustes en los gastos del Estado, la flexibilización laboral y la privatización de servicios públicos fueron impulsados tanto a nivel nacional como provincial (Ase y Buriyovich, 2002).

En medio de una fuerte crisis económica, en julio de 1989, Carlos Menem asumió el Ejecutivo nacional. Al iniciar su mandato anunció que su gobierno daría una vuelta de página en la situación económica e inauguraría un nuevo tiempo para el país. Ante la Asamblea Legislativa propuso la adopción de una “*economía popular de mercado*”, por la que el Estado sería reemplazado por la actividad privada, promoviendo, no solo novedades de tipo económicas, sino además cultural y social (Novaro, 2013:338). Bajo el mencionado contexto, es posible identificar a un Estado según los autores Bohoslavsky y Soprano, ausente o de mínima intervención dando lugar a una configuración inédita para Argentina de finales del siglo XX (Bohoslavsky y Soprano, 2010:17-18).

Inmediatamente durante los meses de agosto y septiembre de 1989, se llevó a cabo la sanción de dos leyes centrales para su programa político y económico. La denominada Reforma del Estado fijó el marco normativo para impulsar la privatización de diversas empresas públicas y se invitó al resto de las provincias a sumarse a estos nuevos lineamientos. La segunda ley, llamada de Emergencia Económica, suspendió los regímenes de promoción industrial, regional y de exportaciones. Ambas disposiciones legales otorgaron al Ejecutivo nacional la capacidad para privatizar empresas estatales, suspender derechos laborales, renegociar la deuda externa e interna, así como eliminar barreras comerciales (Closa, 2009; Novaro, 2016).

Los objetivos de estas reformas se centraron en tres puntos principales. En primer lugar, reducir las competencias del Estado y los gastos asociados. En segundo lugar, incentivar la participación del capital privado en áreas que eran de responsabilidad pública y tradicionalmente habían sido gestionadas en el área estatal. Por último, el nuevo gobierno promovió un proceso descentralizador que permitió el traspaso de responsabilidades del Estado nacional a los provinciales y de estos a los municipios y comunas del interior (Bohoslavsky y Soprano, 2010; Closa, 2008). A partir de entonces se comenzaron a efectivizar múltiples medidas. En esta primera parte, se concretó la privatización de las empresas públicas como ENTel, Aerolíneas Argentinas, ramales ferroviarios y tramos de rutas. Asimismo, se llevó

adelante la desregulación de distintos mercados a partir de la eliminación de una gran cantidad de organismos estatales como la Junta Nacional de Carnes (Novaro, 2016).

Otro hito importante del proceso fue el Plan de Convertibilidad impulsado por el Ministro de Economía, Domingo Cavallo, en 1991. Dicho plan estableció un nuevo régimen monetario por lo que usar dólares o pesos era indistinto (un peso-un dólar). Como resultado, la moneda local se vinculó a la estadounidense, imposibilitando devaluar. Con el correr de los meses, el plan fue un verdadero éxito y para finales de 1991 la inflación se redujo al 1% sin necesidad de congelamientos y controles. Al reducirse las tasas de interés y el impuesto inflacionario se reactivó el consumo y con ello la actividad industrial (Novaro, 2016:240-241).

Continuando con las reformas económicas y estatales, la presidencia de Menem impulsó la descentralización de responsabilidades estatales nacionales sobre las jurisdicciones subnacionales en el área de la salud y la educación (Falleti, 2004:20). Particularmente, a través del Decreto N°1269/92 del Poder Ejecutivo Nacional (publicado en el Boletín Oficial 27 de julio 1992), se transfirió la infraestructura sanitaria nacional a la órbita provincial y, en algunos casos, municipal. Los objetivos de dicha medida fueron redefinir los roles de los gobiernos nacional y provinciales, profundizar el federalismo y acercar a los usuarios las instancias decisorias en materia de prestación de servicios. Esto último permitiría supuestamente reforzar la capacidad de control sobre los servicios de salud y adecuarlos también a las necesidades locales. Además, se comunicó a las provincias que el Ministerio de Acción Social, en conjunto con el Ministerio de Economía, no aportarían fondos a aquellas provincias que se negaran a llevar adelante el régimen propuesto por la Nación (Closa, 2008).

Con el paso del tiempo se dio origen a lo que Marcos Novaro denominaba como “*la edad de oro de Menem*”. Durante ese período, el producto bruto interno (PBI) se incrementó de manera constante, creció el crédito al consumo y el crédito hipotecario, esto benefició a la industria de los electrodomésticos, las automotrices y la construcción. Si bien el desempleo se mantuvo, pasó desapercibido producto de la reducción en el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza. Todo esto le permitió al Ejecutivo reivindicar el cumplimiento de sus promesas de campaña: salarizado, revolución productiva y un nuevo futuro de progreso que estaba llegando al país. En ese contexto, las provincias comenzaron a ganar autonomía producto de las transferencias nacionales y a demostrar altos niveles de aceptación a las políticas implementadas. Como el consenso provincial iba en aumento, un punto muy importante se hizo presente en 1994: la Reforma Constitucional (Novaro 2016:243-245).

Mientras la economía seguía mejorando y la inflación iba desapareciendo como tema de discusión pública, se llevaron adelante las elecciones legislativas de 1993. En esa elección, el Partido Justicialista se hizo con el 42% de los votos. Con este resultado, la reforma cada vez estaba más cerca. Para ello era necesario el voto de dos tercios de las cámaras, sin embargo, el radicalismo se oponía a dicha medida. Dado que la cuestión podía provocar una ruptura al interior de la Unión Cívica Radical (UCR), Raúl Alfonsín decidió negociar. Así nació el Pacto de Olivos que además de la reelección presidencial, incluyó entre sus acuerdos modificaciones centrales en las relaciones entre los tres poderes del Estado, las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales, así como los vínculos entre el Estado y la ciudadanía (Novaro, 2016:247-248).

La nueva Constitución sancionada dispuso la preeminencia de los acuerdos internacionales de los que Argentina formaba parte, debiendo las Leyes nacionales guardar coherencia con los mismos. Además, la reforma estableció la figura del jefe de Gabinete y su obligación de informar al Legislativo sobre la marcha de los asuntos del Estado. Uno de los puntos a destacar es que, a partir de la nueva Constitución, los Estados provinciales dispusieron de mayores atribuciones y competencias. También se otorgaron responsabilidades y autonomía más amplias a los municipios. Finalmente, se promovió una mayor participación política de la ciudadanía y se amplió el ejercicio de los derechos cívicos al introducir novedades como el derecho al consumidor, entre otras medidas (Novaro, 2016). En el año 1995, el contexto económico comenzó a tornarse más adverso dado el aumento de la desocupación, del déficit comercial y se comenzó a sentir el impacto de la llamada crisis del Tequila (Ase y Buriyovich, 2002). Sin embargo, estos hechos no alcanzaron a convencer a la población e impedir la reelección de Menem, quien logró imponerse con el 49% de los votos en las elecciones presidenciales de ese año (Novaro, 2016).

A finales del mencionado año, entonces, Carlos Menem ocupaba su segundo mandato presidencial bajo una profunda crisis económica. Para dicho año el PBI cayó un 4,4%, el desempleo alcanzó aproximadamente al 18% de la población económicamente activa, los bancos comenzaron a mostrar signos de insolvencia y el Estado un creciente desequilibrio fiscal (Gordillo 2006:128-129). Como ya había sucedido en 1989, sobrevino un agudo clima de emergencia económica. La coyuntura sería aprovechada por el Ejecutivo para reclamar amplios poderes de decisión e impulsar medidas de reducción de gastos, aumentos de impuestos y una nueva ola de privatizaciones. Como resultado de ello, en febrero de 1996 el Senado le otorgó al Poder Ejecutivo “*superpoderes*” a través de la Ley N° 24.629 conocida como la Segunda

Reforma del Estado. Dicha Ley le permitió al Ejecutivo llevar adelante medidas como suprimir y fusionar alrededor de 34 organismos públicos, descentralizar servicios estatales, privatizar y concesionar empresas y servicios que aún pertenecían al Estado como el correo (Gordillo, 2006).

En consecuencia, la Ley Nacional N°24.629 buscaba un “achicamiento” del Estado a nivel federal, reduciendo gastos, personal y estructuras. Si dicha Ley no modificó directamente el esquema de coparticipación federal, de todos modos, el contexto de ajuste fiscal nacional y la búsqueda de superávit primario por parte del gobierno, promovieron una mayor retención de fondos por parte de la Nación y una menor flexibilidad en el envío de recursos coparticipables a las provincias

Esto generó un efecto contagio por el que el gobierno nacional comenzó a presionar a los Ejecutivos Provinciales para que impulsaran leyes de reforma del Estado semejantes a las impulsadas en la Nación. Como resultado de todo ello, la mayoría de las provincias argentinas iniciaron el proceso de reformas tendientes a adoptar las nuevas políticas neoliberales (Franco, 2016).

En referencia a ello, Susana Belmartino, Carlos Bloch y Ernesto Báscolo en su texto *“La Reforma de la Atención Médica en Argentina: Escenarios Provinciales”* analizaban los procesos de cambio en los servicios de atención médica de la seguridad social en Argentina entre los años 1990 y 2000, enfocándose en las provincias de Chaco, Mendoza, Salta y las ciudades de Avellaneda, Bahía Blanca, Mar del Plata de Buenos Aires, y Rosario, de Santa Fe. A partir de su investigación, los autores argumentaban que, a pesar de un marco jurídico general compartido, la implementación de la reforma dio lugar a diversos escenarios provinciales debido a factores históricos e institucionales (Belmartino, et al, 2002:3-7).

Este apartado, nos permite reflexionar cómo el Ejecutivo nacional llevó adelante medidas que buscaban transformaciones de diversos tipos. En palabras de Oszlak, citado por Ase y Buriyovich en su trabajo *“la reforma del sector salud en Córdoba: el naufragio de un piloto de tormenta”*, las denominadas reformas de primera generación se caracterizaron por ser rápidas, radicales y de resultados espectaculares, permitiendo la reducción de las intervenciones nacionales (Ase y Buriyovich, 2002, 1:2). Tal como lo plantean los autores citados, esto coincide con lo anteriormente expuesto, donde el gobierno nacional actuó y ejecuto medidas buscando resultados inmediatos. En palabras de Ase y Buriyovich *“se tiño de un furor reduccionista”*, donde reforma estatal y reforma económica se transformaron en sinónimos (Ase y Buriyovich,

2002). A continuación, profundizaremos dichas medidas a nivel provincial, indagando en el caso de Córdoba.

I.2. CÓRDOBA EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

A diferencia del gobierno nacional en manos del peronismo, dirigido por Carlos Menem, en Córdoba el gobierno estuvo bajo mandatarios radicales a lo largo de la década de los 90, como lo fueron Eduardo César Angeloz entre 1983 y 1995 y luego Ramón Bautista Mestre durante los años que transcurrieron entre 1995 y 1999 (Gerbardo y Carini, 2022). Durante el período de las gobernaciones radicales, Córdoba al igual que la Nación, experimentó un fuerte proceso de descentralización en el marco de las reformas del Estado impulsadas a nivel nacional. Este proceso buscó la modernización del Estado, la reducción del gasto público y la transferencia de responsabilidades y funciones a los municipios y comunas.

La versión cordobesa buscaba promover diversas reformas en el área administrativa-económica que volvieran a la administración pública más eficiente, eficaz y transparente en su organización y prestaciones, optimizando los recursos del sector público y reduciendo el déficit presupuestario (Bonetto, et al., 2003). Para poder llevar adelante las políticas de reforma, el partido radical presentó a la sociedad un discurso de catástrofe, basado en la realidad tanto económica como social que se vivía a nivel nacional.

Las transformaciones en Córdoba comenzaron a promoverse a finales de 1986, cuando el Ejecutivo de turno, Eduardo Angeloz propuso la reforma de la constitución provincial (Ase y Burijovich, 2009). Dicha iniciativa representó un hito para la época tendiente a promover la modernización del Estado sub-nacional.

Por aquel entonces, en la reforma constitucional quedó establecida la continuidad del sistema bicameral, aunque se amplió el número de legisladores, lo mismo ocurrió con la Cámara de Diputados que duplicó su número. Se legisló, además, la reelección del gobernador y se propuso la descentralización de los servicios sociales, entre ellos la salud. Esta descentralización de los servicios de salud tuvo como objetivo asegurar la promoción y participación a nivel local, lograr más eficiencia en la asignación de recursos, mejorar la expresión de las demandas de los ciudadanos y ayudar a democratizar la gestión del Estado (Ase, 2006). La reforma se sancionó en abril de 1987 y a partir de dicho momento comenzaron a impulsarse los cambios en la gestión sub-nacional.

Para finales de 1987, Eduardo Angeloz se postuló por segunda vez como gobernador de la provincia de Córdoba. En una reñida elección contra el peronista José Manuel de la Sota, el radical logró adjudicarse nuevamente el Poder Ejecutivo. Así, el radicalismo inició su segundo mandato, durante un período caracterizado por los intentos por impulsar la implementación de una política de ajuste como herramienta necesaria para superar la crisis económica. Como había sido difundido en diversos momentos esa política implicaba recortar las funciones y los gastos del Estado (Closa, 2008).

Para llevar adelante la política de ajustes fue necesaria la implementación de un marco jurídico que regulara las medidas. Para ello se promulgó el Decreto N° 1174/88, que dictaminó sobre las políticas generales y las pautas normativas para los programas de descentralización de la provincia. Al año siguiente, surgió la Ley de Reforma Administrativa N° 7850/89 (Ase, 2006) conocida también como Ley de Emergencia (Closa, 2009). De la citada Ley rescatamos dos artículos: el número nueve y el diez. Del artículo nueve, se estableció el modo de participación de cada jurisdicción, los costos, el financiamiento y demás condiciones necesarias para la transferencia. Del artículo diez, el fondo de financiamiento de la descentralización (FOFINDES), donde se dejaba establecido distribuir servicios, obras y funciones del estado provincial a municipios y comunas (Pautassi, 1995:15-16).

Con la mencionada Ley, el Ejecutivo envió un mensaje a la sociedad cordobesa que sostenía la necesidad de “*terminar con los privilegios*”, promover la descentralización y dar participación al capital privado (Closa, 2008). En dicho discurso, Angeloz destacaba la necesidad de aprobar el proyecto de Ley Reforma Administrativa con el propósito de terminar con un modelo estatal considerado anacrónico y perjudicial para el desarrollo de la nación. El gobierno de Córdoba sostenía que dicho proyecto era un instrumento necesario para superar la complicada situación económica de la provincia producto de la inflación, el déficit fiscal y la fuerte demanda de incrementos salariales (Closa, 2009). Por último, el mandatario calificaría de confrontativa las actitudes del sindicalismo que no tardaron en mostrar su total rechazo ante el nuevo modelo estatal propuesto.

En los hechos, la reforma del Estado generó una fuerte conflictividad laboral a nivel local. Durante el mes de octubre de 1989, en la ciudad de Córdoba, se intensificaron las movilizaciones de los trabajadores estatales en oposición al proyecto de Ley de Reforma Administrativa. El principal reclamo se debía a la reducción de las funciones y las dimensiones del Estado. Los sindicatos públicos en la oposición se organizaron y llevaron adelante distintas

medidas de protesta. Los trabajadores de la Empresa Provincial de Energía de Córdoba (EPEC) dispusieron asambleas y luego paros de dos horas por turno, el Sindicato de Empleados Públicos (SEP) propuso un paro de cuarenta y ocho horas, los trabajadores de Obras Sanitarias (EPOS) organizaron un huelga de hambre, los docentes dirigidos por la Unión de Educadores de la Provincia de Córdoba (UEPC) realizaron un paro de 24 horas, los profesionales del Equipo de Salud Humana, integrado por médicos, odontólogos y farmacéuticos, realizaron un paro con guardias mínimas. Todos los sindicatos públicos rechazaban la nueva ley y también remarcaban que el Estado no debía renunciar a la prestación de servicios esenciales (Closa, 2009). Sin embargo, estas acciones no impidieron que se llevara adelante la sanción de la ley que le otorgó al gobierno provincial facultades para reformar, transformar, descentralizar, escindir, suprimir y liquidar tanto organismos como empresas que fueran dependientes del Estado provincial (Closa, 2008).

En principio, el modelo cordobés apuntaba a mejorar la gestión del Estado sin afectar de manera profunda las bases del sistema provincial, esto en sus comienzos, se difería de la nación. Como resultado de lo anterior, durante este tiempo Córdoba fue considerada una especie de “*isla*” en este modelo de descentralización, consiguiendo eludir las restricciones fiscales que ya se hacían presentes en otros lugares del país, logrando así, en palabras de Ase manejar a su disposición los tiempos de transformación estatal (Ase, 2006).

I.3. LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA CORDOBESA

La estrategia de llevar a cabo la descentralización de la salud tenía como objetivo primordial, según Laura Pautassi lograr un esquema territorial de establecimientos donde se permitiera mejorar la eficacia y eficiencia de la atención primaria de la salud (Pautassi, 1995).

A inicios de la etapa que estamos analizando la mayor parte de los dispositivos de salud públicos en la jurisdicción dependían de la provincia. Las únicas excepciones eran los hospitales en la ciudad capital y Río Cuarto, localidades que contaban con servicios municipales que coexistían con los provinciales (Ase, 2006). Así pues, al comenzar el proceso de descentralización, la provincia contaba con un total de 467 establecimientos de salud, de los cuales se calculaba que 418 eran, en palabras de Iván Ase, “*potencialmente descentralizables*” (Ase, 2006:203). Esto implicaba que la descentralización sanitaria provincial consistía en un proceso de cambio institucional de amplio calado que afectaba tanto a las agencias sanitarias provinciales y municipales, como a los profesionales de la salud, los pacientes y la población en general.

En lo que hace a la reforma del Estado a nivel sanitario, la descentralización de la infraestructura provincial hacia los municipios recibió el apoyo de la mayoría de los intendentes, a pesar de la incertidumbre que conllevaba administrar las responsabilidades sanitarias a nivel local. El proceso de descentralización propiamente dicho se desarrolló en tres etapas: la primera de ellas denominada gradualista bajo la gestión de Angeloz, la segunda de shock, bajo administración de Mestre y la última de consolidación, bajo la gestión de De la Sota (Ase, 2006:201-203; Cingolani, 2000).

A partir de la sanción legislativa, el gobierno provincial desplegó la primera etapa denominada gradualista entre los años 1988 y 1995. En esta etapa se discutieron entre provincia y municipio cuál debía ser la estrategia a adoptar y el contenido de la política descentralizadora. Para ello, en esta instancia se intentó elaborar un diagnóstico sobre la situación sanitaria. Dicho diagnóstico identificaba una serie de ineficiencias del sector sanitario entre las que se destacaban la deficiencia en los recursos humanos y materiales, la escasa y nula participación de las autoridades a nivel local, la existencia de fallas en el sistema de fiscalización y control, un sistema de compras inadecuado en relación con la distribución de los recursos, escaso cumplimiento de los profesionales a raíz de los bajos salarios, insuficiente infraestructura y equipamiento médico, entre otros problemas detectados (Ase, 2006).

En el mencionado contexto, la normativa provincial estableció que los hospitales descentralizables a la órbita municipal fueran aquellos agrupados desde el nivel uno al nivel cuatro considerados de baja complejidad (Ase, 2006; Pautassi, 1995:13), como por ejemplo los puestos sanitarios, los dispensarios y los hospitales vecinales (Cingolani, 2000). Para decidir esto se sostuvo en principio que las atenciones realizadas por los nosocomios de baja complejidad se desarrollaban de manera exclusiva en la zona local, a diferencia de aquellos de media y alta complejidad en los que eran atendidos pacientes de una amplia zona de influencia (Ase, 2006).

En esta primera etapa, la modalidad de transferencia de los nosocomios a los municipios fue la firma de convenios por los que las partes involucradas (provincia y municipio) establecían derechos y obligaciones mutuos. Una de las partes más importantes de estos acuerdos fue el punto por el que la provincia se comprometió a ceder a los municipios los bienes muebles e inmuebles, pero manteniendo al personal bajo la dependencia provincial. Otro elemento relevante fue el compromiso de los municipios de garantizar el funcionamiento y mantenimiento de los nosocomios.

De todos modos, el éxito de esta etapa fue moderado en la medida en que el proceso de descentralización se desarrolló lentamente. Según el análisis de Mónica Cingolani, se estima que 24% de los efectores fueron transferidos (Cingolani,2000). Una de las principales dificultades que se presentaron en esos años fue la imposibilidad económica de los municipios para conseguir personal, fondos, recursos materiales y asumir la responsabilidad por una gran zona sanitaria (Ase, 2006).

Con el paso del tiempo, el contexto nacional afectó las medidas llevadas adelante por el ejecutivo provincial y también la crisis internacional conocida como el efecto tequila condicionó fuertemente a la administración provincial (Ase y Burijovich, 2002). Esto redujo la autonomía provincial para eludir el programa de ajuste estatal exigido desde Nación. Así se daba por finalizada la ilusión de la isla cordobesa y se pusieron en evidencia los escasos recursos con los cuales contaba la provincia y ello conllevó a la necesidad de impulsar un programa de ajuste. En ese contexto de crisis económica, fuerte conflictividad social e inestabilidad política asumió la gobernación el radical Ramón Mestre. A diferencia de su antecesor, Mestre impulsó una aceleración notable al proceso de descentralización, iniciando la etapa de shock (Ase, 2006).

De tal modo, la nueva gestión se propuso avanzar, profundizar y consumir el proceso iniciado en la etapa previa de descentralización sanitaria y educativa. A través de diversas negociaciones llevadas adelante por el gobernador se discutieron las nuevas responsabilidades sanitarias, como así también los montos de coparticipación que serían aportados a los gobiernos locales (Ase, 2006). En el escaso lapso de seis meses, la provincia aceleró y traspasó a los municipios y comunas la totalidad de los hospitales descentralizables, logrando llegar al 91% de los efectores (Ballesteros, 2017:160; Cingolani, 2000:7) Esto fue posible a raíz de la ausencia de instancias mediadoras como así también de la falta de oposición que evitó la creación de espacios tanto de discusión como de consenso entre las partes involucradas (Ase, 2006).

A pesar de la incertidumbre que significaba el traspaso de los hospitales, el gobierno contó con el apoyo de la mayoría de los intendentes. De todos modos, los dirigentes locales reclamaron tiempo para poder adaptarse a la nueva realidad y garantías de que la provincia proporcionaría los recursos económicos con los que financiar el funcionamiento de los centros de salud.

En los hechos, cada intendente desarrolló diversas conductas con relación a la descentralización, esto se debió a la amplitud de la provincia¹, Iván Ase las enmarca en tres tipos:

🚦 Aceptación activa: aquellos municipios que aceptaron la transferencia del hospital como un desafío a partir del cual mejorar la calidad y cantidad del servicio.

🚦 Aceptación pasiva: aquellos municipios que no presentaron resistencia al traspaso del nosocomio dado que consideraron poco factible la posibilidad de impulsar acciones que permitieran modificar la decisión del gobierno provincial.

🚦 Resistencia: aquellos municipios (pocos en la provincia) donde se enfrentaron abiertamente con el ejecutivo provincial manifestando su desacuerdo con el traspaso del nosocomio. En esos casos, el resultado solo fue demorar dichos traspasos.

La última etapa, la denominada de consolidación se gestó entre 1999 y 2005, coincidiendo con una nueva gestión política, la de José Manuel De la Sota. Este momento se caracterizó por el impulso otorgado a las tareas de coordinación e integración de los nosocomios municipalizados (Ase, 2006:202). Se gestaron dos momentos de trabajo. El primer momento se desarrolló entre los años 1999 y 2001, por medio del Decreto N°2640/00, se implementó el Plan de Salud Municipal que buscó darle un cauce institucional a las relaciones entre el Ejecutivo Provincial y los diversos gobiernos municipales y comunales. El segundo momento se desarrolló entre los años 2001 y 2005, durante el cual se aplicaron las disposiciones del decreto y se intentó adoptar un proceso de regionalización con el objetivo de crear estructuras intermedias que facilitaran las relaciones entre municipios y el nivel central (Ase, 2006:206).

Recapitulando todo lo anterior, bajo el contexto del Estado neoliberal de finales de los años 90, a nivel provincial en Córdoba, una de las medidas aplicadas, fue la descentralización de la salud como herramienta clave en el achicamiento y participación del rol del Estado. A partir de ese momento los municipios y comunas comenzaron a tener un papel central en la administración y gestión de los efectores de la salud. En las siguientes páginas nuestra intención es analizar en profundidad el caso adoptado con la finalidad de ahondar en las modalidades, tiempos, impacto y actores involucrados en ese proceso de descentralización de la salud cordobesa que transformó el sistema provincial de la salud.

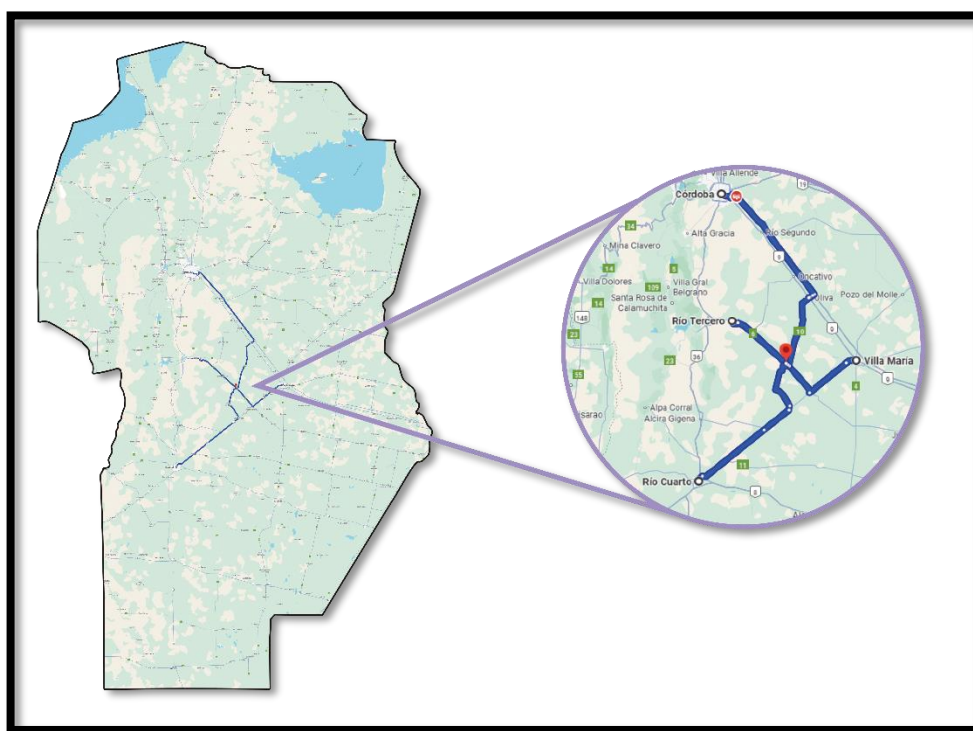
¹ La provincia se encontraba dividida en 249 municipios y 178 comunas.

CAPÍTULO II

HERNANDO, UN PUEBLO DEL INTERIOR DE CÓRDOBA

II.1. HERNANDO BAJO EL CONTEXTO DE LOS AÑOS 90

El municipio de Hernando se ubica en la Pedanía de Punta del Agua, perteneciente al Departamento Tercero Arriba, sobre las Rutas Provinciales N° 6 y N° 10, a unos 155 kilómetros de la capital cordobesa, 115 kilómetros de Río Cuarto, 65 kilómetros de Villa María y a 48 kilómetros de Río Tercero².



Mapa de elaboración propia.

La población de la ciudad, de acuerdo a los datos oficiales del INDEC, mostró un acelerado aumento en las últimas décadas del siglo XX, registrando en los censos los siguientes datos: para el año 1970 7.370 habitantes y para el año 1980 se registró un total de 8.619 habitantes. En el año 1991 se realizó un nuevo censo que contabilizó un total de 10.209 habitantes al que en 2001 solo se agregó un número de 277 nuevos habitantes. Esto implicó un incremento superior a casi el 33% en su población en el transcurso de tres décadas, aunque con una marcada caída del crecimiento durante la década del 90.

² Datos obtenidos a través del Google maps.

Tabla N°1. Población de la localidad de Hernando

	1970	1980	1991	2001
Población	7.370	8.619	10.209	10.486
Crecimiento intercensal de población		17%	18.5%	2.71%
Viviendas	2.428	2.976	3.758	
Crecimiento intercensal de viviendas		22.5%	26.2%	

Fuente: INDEC, Censos de 1970, 1980, 1991 y 2001.

También el crecimiento habitacional constituyó una constante de las últimas décadas. Para 1970 se registraron un total de 2.428 viviendas, para el año 1980 se registró un número de 2.976 hogares y, finalmente, para 1991 un total de 3.758 residencias. Este último registro permite reconocer un importante avance en el crecimiento poblacional y habitacional del municipio.

La localidad se encuentra enclavada en la región pampeana y entre sus actividades económicas predominaba la agropecuaria, destacándose principalmente en la producción del maní, junto al sorgo, la soja y el maíz. Dicha actividad se producía en la zona rural de Hernando, abarcando además las comunas de Punta del Agua y Las Isletillas, como así también zonas aledañas a dichos lugares.

En los años 90, en lo que hace al trabajo urbano, es posible señalar que la ciudad contaba con dos grandes fábricas: la de aceite y la de pantalones. Además, se contaba con un gran frigorífico poseedor de un matadero que brindaba puestos de trabajo. También se hacían presentes pequeños establecimientos productores del sector alimenticio, como aquellos dedicados a la producción de maní salado y garrapiñadas, galletitas y alfajores (Del Bel, S. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025). En la ciudad se destacaba un rubro muy importante para la época como el del transporte de camiones, el que estaba encargado de trasladar los cereales y los animales de hacienda hacia los diversos puntos del país. Ellos se hallaban organizados bajo el Centro de Camioneros de Hernando (Lucarelli, R. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025). El mercado laboral parecía estar polarizado entre el trabajo rural y comercios ubicados en el centro de la ciudad, en su mayoría alrededor de la plaza central llamada San Martín o sobre la avenida que posee el mismo nombre. La actividad económica motorizada fundamentalmente por la

actividad agropecuaria modelaba a grandes rasgos una localidad en la que predominaban la clase media, media-baja y trabajadora, no existiendo zonas carenciadas, ni asentamientos precarios (en referencia puntual a la zona urbana, no rural) (Del Bel, S. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025).

Para este trabajo nos interesa ahondar en particular en algunos elementos contextuales de la ciudad que permiten comprender la trayectoria de la descentralización a nivel local. Para ello, tenemos la intención de analizar de manera más detallada la disponibilidad de servicios ligados al bienestar, identificando su número y actores responsables. Asimismo, buscaremos mostrar la variabilidad de instituciones civiles y estatales que interactuaban en la ciudad. En especial nos detendremos en las prestaciones vinculadas a la salud y la asistencia social.

II.2.LAS INSTITUCIONES HERNANDENSES

La ciudad de Hernando debe ser analizada como una comunidad cuya estabilidad y desarrollo se cimentaron en un fuerte tejido social. Si bien reducidas en número y en complejidad institucional, en esta ciudad se desenvolvía una multiplicidad de entidades civiles y estatales que intentaban adecuarse a las necesidades y aspiraciones culturales, sanitarias, educativas y económicas de sus pobladores.

En las últimas décadas del siglo XX, es posible identificar en Hernando instituciones vinculadas a la provisión de servicios educativos de nivel inicial, primario y secundario. Por aquel entonces, la localidad contaba con un total de cinco escuelas con nivel inicial y primario de índole pública y dos escuelas secundarias públicas, una de ellas de modalidad especial y la otra de modalidad técnica. Además, la municipalidad contaba con una guardería para mamás de escasos recursos que necesitaban trabajar. La guardería recibía a niños/as desde los 2 años hasta los 11 años, con turnos matutinos y vespertinos ofreciendo contención y apoyo escolar como así también almuerzo y merienda en caso de no haberlos recibido en la escuela (Arese, L. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025).

Dentro de esta trama educativa es necesario destacar que, junto a la oferta educativa pública, también desarrollaban actividades similares algunas instituciones de dependencia privada ligadas al mundo asociativo católico. En los años 90 había cuatro instituciones de índole privada con los tres tipos de niveles (inicial, primario y secundario),

Tabla N° 2. Escuelas con nivel inicial, primario y secundario en los años 90

Nombre	Dependencia	Historia
Bernardino Rivadavia	Pública	Primera escuela de la localidad fundada en 1914, por orden del gobierno de Córdoba. Para niños y niñas. Contaba con PAICOR.
Gobernador Francisco Javier Díaz	Pública	Fundada en 1928 con categoría de nacional bajo el nombre “Escuela Nacional Láinez N° 275”. Para la época de los años 90 brindaba el servicio de PAICOR.
Instituto Santísima Trinidad	Privada	Colegio fundado por los Padres Trinitarios en el año 1932, exclusivo para varones en un principio. De gestión privada, aunque cuenta con aportes estatales. En los años 90 funcionaba la escuela superior de comercio para peritos mercantiles nacionales mixto. De turno vespertino (hasta 2004).
Instituto Divino Corazón	Privada	Colegio fundado por las Hermanas Trinitarias exclusivo para mujeres en un principio en 1933. De gestión privada, aunque cuenta con aportes estatales. El título que recibían las jóvenes era de maestras normales, incluso ello motivo con el tiempo la apertura de un terciario de formación docente hasta 1994.
Instituto Pablo A. Pizzurno	Privada	Fundado en 1952 con el objetivo de tener un instituto secundario para Bachilleres, en los años 90 contaba con una importante granja de prácticas.
Gral. San Martín	Pública	Habilitada en principio por la municipalidad y luego pasa a la órbita provincial en 1954. Ubicada en el barrio denominado en la época como “Forestiero”, en el común del poblado era considerado la zona marginal de la localidad. Contaba con una gran asistencia de niños/as. Contaba con PAICOR
Esteban Echeverría	Pública	Fundada en 1963 por iniciativa de la Municipalidad, ubicada en barrio Belgrano para evitar el cruce del ferrocarril.
IPEM N°71: “Luis Federico Leloir”	Pública	Fundado en 1974 con orientación mecánica, química e informática. En los años 90 funcionaba en la escuela Bernardino Rivadavia (no contaba con edificio propio).
María Montessori	Pública	Contaba con los tres niveles escolares: inicial, primario, secundario, la única escuela de modalidad especial.
Centro de apoyo del niño y la familia “Hogar del Corazón”	Pública	Fundado en el año 1973 bajo la órbita municipal, con el objetivo de brindar un espacio de contención a aquellas mamás que debían trabajar y no contaban con los recursos necesarios para dejar a sus hijos a cargo de una niñera.

Fuente: FERRERO, SABINO. “Hernando, sus 50 años fundacionales”. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 104-114.

Dada su condición de ciudad pequeña, la localidad carecía en cambio de una oferta educativa de tipo terciaria. Desde 1979 y hasta 1994 solamente funcionó un terciario dedicado a la formación docente en primaria y el título obtenido era “*Profesora de Educación Primaria*”. Sin embargo, la institución dejó de existir en el año 1994 bajo la gestión de Ramón Mestre quien cerró algunas de estas instituciones producto de la baja matrícula.³ En cambio, las y los jóvenes debían viajar a otras ciudades cercanas como Villa María y Río Tercero e, incluso, Córdoba en busca de una oferta de mayor complejidad.

En lo que hace a las entidades oficiales, la ciudad para los años noventa contaba con una estructura reducida, pero que cumplía las funciones de seguridad, comunicaciones y trámites civiles. Junto a la dependencia de policía que controlaba la seguridad de la región, desarrollaban sus actividades también la oficina de correos, una casa de telefonía que permitía realizar llamadas a larga distancia y una sede de registro nacional de automóviles y demás vehículos.

Tabla N°3. Oficinas estatales en los años 90

Entidad	Nombre	Historia
Oficina de correo	Correo Argentino	Fundado en 1916 junto a la oficina de telégrafos. Con servicio puerta a puerta y la posibilidad de casilleros.
Policía	Comisaría de Hernando	En principio nació como una sub-comisaría, brindando seguridad a los pobladores del lugar.
Registro nacional del automotor	Registro de vehículos, maquinarias y motocicletas	Registro del automotor, entrega de chapas patentes para la localidad y la zona.
Telefonía Privada	Telecom	Brindaba servicio de telefonía a la comunidad junto a oficinas con locutorio y fax para los ciudadanos. Entre finales del siglo XX principios del XXI, cerró sus puertas. ⁴

Fuente: FERRERO, SABINO. “*Hernando, sus 50 años fundacionales*”. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 70-71.

Dentro de las entidades oficiales también se destacaban instituciones bancarias públicas que favorecían la actividad económica a nivel local. Asimismo, en los años 90, existía una

³ Revista conmemorativa del Divino Corazón “*Setenta Años educando a la luz del evangelio. 1933-2003*”.

⁴ Del Bel, S. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025)

entidad bancaria privada lo que denotaba que los negocios de Hernando eran solventes para la actividad.

Tabla N°4. Bancos privados y públicos en Hernando en los años 90

Nombre	Dependencia	Historia
Banco Córdoba	Público	Fue la primer casa bancaria en instalarse en la localidad en el año 1923.
Banco Nación	Público	En 1965 llega a Hernando dicha casa bancaria a pedido de un grupo de vecinos.
Banco Sudecor	Privado	Funcionó hasta mediados de los años 90, luego fue sustituido por el Banco Galicia.
Banco Bisel	Privado	Funcionó desde mediados de los 90 hasta principios del siglo XXI cuando fue sustituido por Banco Macro. ⁵
Banco Independencia	Privado	

Fuente: FERRERO, SABINO. *“Hernando, sus 50 años fundacionales”*. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 72-73.

Al interior de su trama asociativa, Hernando se destacaba por su nutrido activismo en especial en torno a determinadas actividades como los deportes. Los clubes sociales y deportivos eran reconocidos por su larga trayectoria, habiendo surgido en general en las entreguerras. Esas entidades, para los años 90, desplegaban una oferta deportiva amplia además de constituir espacios de sociabilidad y entretenimiento. Gracias a dichos clubes, se lograron consagrar en el deporte nacional figuras como el basquetbolista Marcelo Milanesio o el ciclista Oswaldo “Colchón” Frossasco.

⁵ Del Bel, S. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025.

Tabla N°5. Clubes deportivos en Hernando en los años 90

Nombre	Historia
Centro Recreativo	Fundado en 1925 destacando para los años 90 el básquet y el vóley.
Atlético Independiente	Fundado en 1925 destacándose en los años 90 el fútbol (con categorías infantiles y juveniles)
Club Estudiantes	Fundado en 1939, destacándose el fútbol y por ser el fundador de la organización de la Fiesta Nacional del Maní.
Deportivo Libertad	Dedicado al fútbol, obteniendo en los años 90 su propia cancha.
Hernando bochín club	Fundado en el año 1953, dedicado al deporte de bochas, para la época contaba con su sede y cancha propia. Dicha institución ha sido parte de la Confederación Argentina de Bochas.
Club Deportivo y Social San Martín	Fundado en el año 1954, ligada al deporte de las bochas, considerada la única actividad desarrollada.
Asociación de Bochas Hernando	Dicha asociación estaba encargada de organizar diversos tipos de campeonatos a nivel provincial. Contaba con la afiliación de clubes locales como Independiente, San Martín, Estudiantes, Bochín y de la zona como Pampayasta Sud y Punta del Agua.
Peña amigos del pedal	Un grupo de amigos unidos por la pasión del ciclismo, fomentando el andar en bicicleta a través de eventos recreativos.

Fuente: MUNICIPALIDAD DE HERNANDO: *"Historias populares cordobesas: Hernando"*. Lotería de Córdoba. Córdoba.

2006. Páginas 65-67.

Dentro del ámbito del ocio y la recreación, la localidad también dispuso en esos años de distintos espacios de producción y difusión de prácticas culturales. Entre ellas, se destacaba un cine que presentaba diversas proyecciones para la familia durante los fines de semana. Contaba además con un museo y una biblioteca (ambos funcionaban en el mismo lugar), por aquel entonces muy frecuentados por los estudiantes de diversos niveles, ya que para finales del siglo XX contaba con dos computadoras con acceso a internet.

Tabla N°6. Instituciones culturales en Hernando en los años 90

Nombre	Dependencia	Historia
Cine Teatro Premier	Privado	Conocido anteriormente como Cine Rex, cambia de nombre y lugar para dar origen además al teatro.
Museo Perito Moreno	Público	Fundado en 1965 por iniciativa del Rotary Club, integrado por una galería de arte, biblioteca estudiantil y un museo con elementos de época.
Biblioteca Margarita Liendo	Público	Fundada en 1965 como parte del Museo, cuenta con una amplia gama de libros. Sostenida por la municipalidad y sus socios (club de lectores).

Fuente: FERRERO, SABINO. *"Hernando, sus 50 años fundacionales"*. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 103-122.

En la localidad también funcionaban distintos sindicatos que, no solo constituían espacios de reclamos y defensa de intereses corporativos, sino que además gestionaban y resolvían diversos problemas que afectaban a sus afiliados.

Tabla N°7. Asociaciones corporativas en Hernando en los años 90

Nombre	Historia
Centro de Empleados de Comercio	Fundada en 1936, con el objetivo de una institución que defienda los intereses de los empleados. Para los años 90 brindaba bonos y supermercado propio para todos aquellos empleados comerciales afiliados. Sede de la mutual OSECAC.
Centro Comercial e Industrial	Fundada en 1949, se construye una comisión a fin de resolver problemas que afecten a la industria y comercio. Contaban para la época con salón y sede propia.
Centro de Camioneros	Institución que nuclea a los camioneros y defensa de sus tarifas, contando con sede y estacionamiento propio para sus socios.
Sindicato Luz y Fuerza	Cuenta con salón propio para la realización de actividades.
UATRE	Iniciada como FATRE en 1967, cambia su nombre en 1990 pero con el objetivo proteger a los trabajadores rurales. Su sede recibe a los trabajadores cada día.
Sociedad Rural Hernando	Fundada en 1975, ubicada cercana a la plaza local, con el objetivo de defender los interés del campo local y regional. ⁶

Fuente: FERRERO, SABINO. *"Hernando, sus 50 años fundacionales"*. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 91-100.

⁶ Boretto, Ignacio. (2025). *"Medio siglo de trabajo y representación: la sociedad rural de Hernando celebra su aniversario"*. Cada Mañana. Disponible en: <https://cadamtv.com.ar/2025/09/medio-siglo-de-trabajo-y-representacion-la-sociedad-rural-de-hernando-celebro-su-aniversario/> (acceso octubre del 2025).

Además de los sindicatos, distintos actores locales organizaron entidades asociativas que permitían solucionar problemas ligados a la comercialización, el trabajo y el consumo. En la ciudad, las personas se fueron nucleando a lo largo del siglo XX en torno a algunas instituciones como la cooperativa La Vencedora (fundada en 1919) cuyo principal objetivo fue la compra y venta de grano. También es de importancia el rol que cumplía la cooperativa de Obras, Servicios Públicos y Sociales de Hernando (fundada en 1939) la cual era la encargada de la distribución de la red eléctrica de la ciudad y del gas (envasado y de red). Dicha cooperativa contaba con una Asociación Mutual “*Hernando*” como retribución a los socios, permitiéndoles el acceso gratuito a algunos servicios como enfermería y pedicura.

Tabla N° 8. Asociaciones cooperativas en Hernando en los años 90

Nombre	Historia
Agrícola La Vencedora Limitada	Fundada en 1919. Para la época contaba con supermercado, casa de electrodomésticos, ferretería, repuestos, corralón, acopio y comercialización de cereales. Además, ofrecía a sus socios convenios a través de Coovaeco turismo (contaba con complejo turístico en el Valle de Calamuchita), casa de seguro La Segunda y prestación de mutual ACA SALUD.
Obras, servicios públicos y sociales	Fundada en 1939 encargada de brindar los servicios de energía eléctrica, gas envasado y natural, televisión por cable, como así también otros servicios sociales (ambulancias, cementerio).
Agropecuaria Limitada	Fundada en 1953, para la época contaba con una amplia gama de servicios como corralón, supermercado, ferretería, acopio de cereales, veterinaria y laboratorio de análisis.

Fuente: FERRERO, SABINO. “*Hernando, sus 50 años fundacionales*”. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 146-156.

En definitiva, la ciudad de Hernando en los años noventa constituía una ciudad pampeana que contaba con un fuerte dinamismo expresado en una activa vida económica y civil que involucraba la producción de bienes públicos de diverso tipo vinculados a la producción, el trabajo, la cultura, la educación, el deporte, entre otras cuestiones. En especial resulta muy relevante la cantidad de asociaciones civiles en ese entramado público. Nos detenemos sobre esta cuestión porque existe una estrecha relación entre el tamaño y la calidad de ese mundo asociativo y la capacidad económica de los espacios locales. En esos términos, como ha mostrado la historiografía, en los pueblos pampeanos se multiplicaron este tipo de entidades dada la disponibilidad de recursos económicos capaces de sustentar el activismo civil con fines de bien público (Ortiz Bergia, 2022). En el siguiente apartado vamos a revisar de manera más

detallada cómo se desplegó la actuación de las entidades civiles y estatales en el ámbito específico de la salud y la asistencia social.

II.3. LA SALUD EN HERNANDO EN LOS AÑOS 90

Una cuestión muy importante para esta investigación es conocer cuál era la oferta de servicios de salud con que disponía la población local en esos años. Así pues, es posible reconocer que la localidad contaba con una oferta variada de servicios de salud tanto privados como públicos, aunque de complejidad reducida.

En torno a esa variabilidad también se intuye una fuerte segmentación de la demanda y la oferta de salud. Para quienes contaban con cobertura de salud como las obras sociales y/o tenían condiciones particulares que les permitía financiar su salud, existían clínicas y sanatorios privados que desarrollaban su actividad en la localidad. En cambio, el Hospital Dr. Pascual A. Tirro y la Asistencia Pública prestaban sus servicios de manera gratuita para quienes carecían de cobertura en general.

Tabla N°9. Establecimientos de salud en Hernando en los años 90

Nombre	Dependencia	Historia
Hospital “Dr. Pascual Tirro”	Público	Fundado en los años 30, principal lugar de asistencia de salud pública de la localidad y zona.
Asistencia Pública Municipal	Público	Ubicada en la Municipalidad local, prestaba servicios de primeros auxilios a los trabajadores municipales, contratados y a las personas de bajos recursos. Durante mucho tiempo convivió con el nosocomio local, hasta mediados de los 90.
Sanatorio “Cruz Azul”⁷	Privado	Contaba con sala de internación, atención primaria y cirugía, y especialidades como pediatría y obstetricia. ⁸ A principios del siglo XXI cerró sus puertas.
Clínica Privada “Hernando”	Privado	Fundada en los años 70, contaba con internación, sala de cirugía, atención médica primaria y pediatría. Ginecología, cardiología, pediatría

Fuente: MUNICIPALIDAD DE HERNANDO: “*Historias populares cordobesas: Hernando*”. Lotería de Córdoba. Córdoba. 2006.

Páginas 44-47.

⁷ La institución no es mencionada en dicha referencia.

⁸ En la actualidad ha dejado de existir, por lo tanto, es muy difícil contar con información del lugar, el cual ha sido demolido.

La estructura de tipo asistencial también estaba conformada por otras prestaciones como las mutuales y las obras sociales. En la localidad funcionaban diversas mutuales tanto nacionales como provinciales y locales, pero solamente PAMI, Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC) y Asociación Mutual Intercooperativa Solidaria (AMICOS) contaban con una sede a nivel local. Respecto a los servicios mutualistas también se agregaban aquellas entidades de la colectividad italiana y española que prestaban diversos servicios sociales entre sus miembros.

Tabla N°10. Sociedades de Inmigrantes en Hernando en los años 90

Nombre	Historia
Sociedad Italiana “Cesar Battisti”	Ubicada al frente de la plaza y fundada por los inmigrantes italianos del poblado en 1917.
Sociedad Española de “Socorros Mutuos”	Fundada en 1932 con el objetivo de prestar acciones a sus descendientes ubicados en Hernando.

Fuente: FERRERO, SABINO. “*Hernando, sus 50 años fundacionales*”. Del copista. Córdoba. 2003.

Páginas 84-90.

En lo que respecta a la asistencia social también existían algunos servicios que atendían a las personas en situación de vulnerabilidad como los ancianos. En la localidad se desempeñaba la “*Fundación Hernando*” de dependencia privada que consistía en un hogar de ancianos dedicado al cuidado y bienestar de las personas mayores. Asimismo, desarrollaba sus actividades el hogar de tercera edad “*Amadeo Sabattini*” con la misma finalidad y de dependencia pública. Este establecimiento, en conexión con el hospital, permitía proporcionar atención médica y alimentaria a los ancianos en condiciones de vulnerabilidad de la localidad.

Dentro del ámbito de la asistencia social también se destacaban asociaciones civiles destinadas a realizar diverso tipo de actividades de bien público de manera directa o auxiliando a entidades públicas. Se reconoce que en diversas ocasiones organizaciones no gubernamentales (ONG) como Rotary o Liga Argentina de lucha Contra el Cáncer (LALCEC) participaron activamente en mejoras de tecnología, en especial, en el entramado de salud pública local.

Tabla N°11. Sociedades civiles con funciones sociales en Hernando en los años 90

Nombre	Historia
Rotary Club	Organización dedicada a prestar servicios a entidades que lo necesitaban como bomberos y hospital.
Bomberos voluntarios	Por iniciativa del Rotary Club junto al intendente Pedro Candela en 1977, se lleva adelante una reunión para formar el cuerpo de bomberos.
Club Argentino de Servicio	Un grupo de mujeres con el objetivo de brindar becas a niños/as. Cada año llevan adelante el sorteo de un bono para juntar dinero.
LALCEC	Fundada en 1995 para llevar adelante campañas de concientización y prevención principalmente del cáncer.

Fuente: MUNICIPALIDAD DE HERNANDO: *"Historias populares cordobesas: Hernando"*. Lotería de Córdoba. Córdoba. 2006. Páginas 65-67.

En definitiva, la localidad de Hernando, con una población estimada de 10mil habitantes, contaba en los años 90 con una trama de instituciones públicas, de origen estatal y civil, muy numerosa que intentaba cubrir a través de sus intervenciones las problemáticas en torno a la salud de la localidad y la asistencia social a los sectores más vulnerables. Así pues, a lo largo del tiempo ONG, las sociedades de inmigrantes y las instituciones civiles y estatales en el área de la salud convivieron buscando brindar calidad y servicio para los habitantes.

CAPÍTULO III

HERNANDO, EL MUNICIPIO Y SU HOSPITAL EN LOS AÑOS 90

III.1. EL MUNICIPIO DE HERNANDO

III.1.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL MUNICIPIO DE HERNANDO

Corría el año 1913 y en Hernando surgió la necesidad de una organización política que administrara los asuntos en común de sus habitantes. Es así como a través de un grupo de personas se acordó la formación de una “Comisión de Vecinos”, la cual estuvo presidida por Salvador Márquez, Carlos Mayón en el rol de secretario y Carlos Martinotti de tesorero (Ferrero, 2003). Una de sus primeras tareas fue la construcción del cementerio, seguido por la colocación de árboles y el trazado de la actual plaza (Ferrero, 2003).

En el año 1915, por designación del Gobierno Provincial, se constituyó la “*Comisión de Fomento*”, integrada por quienes habían formado la “Comisión de Vecinos”. Dicha comisión llevó adelante el arreglo de calles, la forestación del boulevard frente la estación del ferrocarril y el riego de calles. Durante esa etapa se fueron erigiendo distintas instituciones estatales en la localidad. Se incorporó el Juzgado de Paz en 1912 en el local de la sub-comisaría local y el Registro Civil en 1913.

La “*Comisión de Fomento*” entregó su cargo a un nuevo organismo en 1917, el cual fue presidido por el Dr. Víctor Porta designado por decreto del Gobierno de Córdoba (Ferrero, 2003). La localidad continuó su afianzamiento e impulsó un empadronamiento general de vecinos⁹ con la finalidad de alcanzar el estatus de municipalidad electiva.

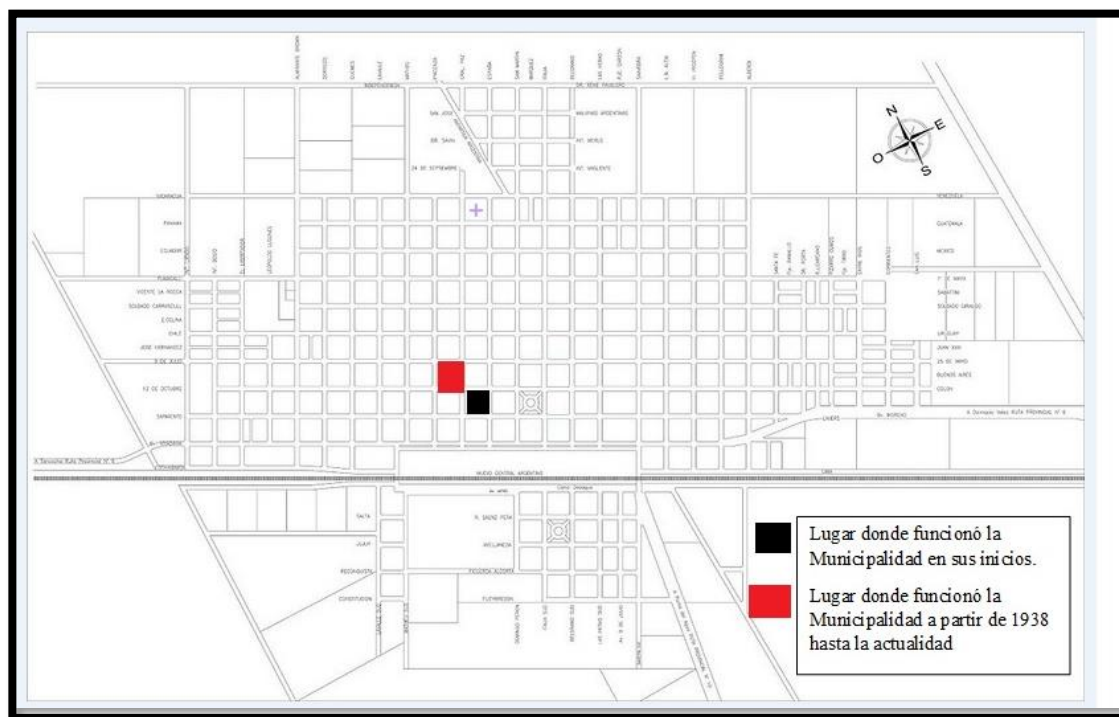
La municipalidad de Hernando fue finalmente oficializada el 11 de mayo de 1921. Se ubicaba por ese entonces entre calles España y Sarmiento¹⁰. La primera elección de intendente se llevó a cabo en el año 1923. En esa ocasión se presentaron dos partidos, el Partido Popular Independiente y el Centro Popular Vecinal. En dicha elección resultó ganador el candidato Juan Bossio con un total de 114 votos (Historias populares cordobesas, 2006), en el rol de secretario fue elegido Carlos R. Mayón, como contador Juan M. Riera y como médico municipal el Dr. Luis J. Vila. Este último debía ejercer sus funciones en la atención de los empleados municipales y las personas de escasos recursos (Historias populares cordobesas, 2006). Bajo dicha gestión se concretó, además, la creación del corralón municipal, la instalación de bombas

⁹ Solo se menciona que la población se divide en dos grupos: entre personas nacionales y extranjeras, sin especificar números.

¹⁰ Ubicación desde el año 1921 a 1938, posteriormente se traslada al lugar donde se encuentra actualmente.

junto al tanque de riego, el alcantarillado en las bocas calles para mejorar el desagüe en los días de lluvia y la ornamentación de la plaza pública (Ferrero, 2003; Historias populares, 2006). Asimismo, un hito de relevancia en esta etapa fue la aprobación del plano de Hernando (1922) (Historias populares cordobesas, 2006).

En la década siguiente, bajo la intendencia de Abraham Liendo, en el año 1938, se llevó adelante la inauguración del actual edificio municipal ubicado en calle 12 de octubre. Ese edificio contaba con instalaciones como fueron la Asistencia Pública,¹¹ la escuela municipal (Ferrero, 2003), entre otras reparticiones.¹² Durante la mencionada intendencia, además, se llevó adelante la ampliación de la localidad, como así también el nivelado y el abovedado de varios kilómetros de calles¹³ (Ferrero, 2003).



Mapa de elaboración propia

Con el paso del tiempo, los avances en la localidad fueron una constante por parte de las diversas gestiones municipales, como ser la pavimentación de cincuenta cuadras.¹⁴ Además, se gestionó el suministro de agua gracias a la construcción del tanque de depósito y bomba

¹¹ La cual contó con el médico Manuel Pizarro Olmos y el enfermero Arturo Rodríguez.

¹² No se cuenta con mayores especificaciones.

¹³ Sin mencionar qué cantidad, sólo se hace referencia que fue más allá de la zona urbana (según la época trabajada).

¹⁴ No se especifica qué sector/calles de la localidad.

elevadora por parte de la Dirección General Hidráulica de la Provincia (Ferrero, 2003). Según palabras de Sabino Ferrero, cada administración municipal se esforzó por llevar adelante mejoras en la localidad, embellecer la plaza San Martín y los diversos espacios de la localidad.

Este breve recorrido intentó recoger algunos de los hitos municipales registrados por los historiadores locales que nos permiten delinear la trayectoria de la municipalidad de Hernando en el transcurso del siglo XX. Esto nos alerta sobre el paso de una pequeña comisión vecinal a la conformación de un municipio con capacidad de intervención en las problemáticas urbanas y en la provisión de diversos servicios sociales como salud y educación. Consideramos que ese recorrido modeló las condiciones institucionales en las que se desarrolló ese municipio activo en el marco de los procesos de los años noventa analizados en capítulos anteriores.

III.1.2. EL MUNICIPIO DE HERNANDO EN LOS AÑOS 90

En 1987 la ciudad de Hernando fue reconocida como municipalidad de primera categoría al superar los 10 mil habitantes.¹⁵ Esto implicó una serie de transformaciones institucionales entre las que se destacó la sanción en 1995 de su Carta Orgánica. Además, el estatus de municipalidad de primera categoría dotó a la localidad de un gobierno con diversas estructuras como Departamento Ejecutivo, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Acción Social, Secretaría de Cultura, Secretaría de Hacienda, Administración y de Suministro, Secretaría de Obras y Servicios Públicos¹⁶ y aquellas oficinas dedicadas a tareas de asesoramiento como las áreas de legales¹⁷ y técnicas. Esa estructura se seguiría complejizando a instancias de los procesos de descentralización analizados en capítulos previos. En consecuencia, en el año 1996, al transferirse el hospital a la municipalidad, se creó la Secretaría de Salud Pública (Roggero, B [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025)¹⁸.

En lo que respecta a los rasgos del municipio, en la época, la comuna constituía una organización con una reducida planta de trabajadores contratados bajo diversas modalidades. En los hechos, del municipio dependían trabajadores integrados bajo cuatro posibles categorías.¹⁹ Los empleados de planta permanente que eran aquellos trabajadores que sin importar la gestión municipal continuaban en sus cargos. Se calcula que, en los años 90, este

¹⁵ Poder Ejecutivo de Córdoba, Ministerio de Gobierno, Decreto N°868. 10 de marzo de 1987.

¹⁶ Decretos Municipales de Hernando números 2/87, 3/87, 4/87, 11 diciembre de 1987.

¹⁷ En palabras de Roggero un área de alto rango, como una secretaría.

¹⁸ Entrevista a Beatriz Roggero, agosto de 2025. Roggero es actual empleada municipal en funciones desde 1982 (no de manera consecutiva, pero siempre vinculada al municipio).

¹⁹ Entrevista a Beatriz Roggero, agosto de 2025.

grupo de empleados alcanzaba el número de 70 personas. Tal como lo expresa la empleada municipal Roggero *“es el empleado real”* (Roggero, B [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025). A ello se sumaban las personas contratadas que prestaban un servicio y cobraban por ello a través del monotributo. Estos últimos, en general, eran muy pocos y solían tener un período de contrato que duraba entre tres y seis meses. Sin embargo, como veremos en el capítulo correspondiente al hospital, esa figura pareció generalizarse en la relación laboral de los profesionales de la salud con el municipio.

En la municipalidad también se contrataban jornaleros, en palabras de Roggero: *“son llamados en diversos períodos del año, cobra[ba]n por quincena”* (Roggero, B. [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025) y finalmente también había contrataciones irregulares de empleados. En definitiva, el conjunto de las funciones municipales de Hernando en esos tiempos se cumplimentaba con un poco más de un centenar de empleados. De ese conjunto los que eran planta permanente eran más de la mitad. Esto daba cuenta de un municipio más bien pequeño y en los que los contratos de tipo precario eran habituales.

Esa estructura municipal tenía como sus principales responsabilidades prestar servicios ligados al saneamiento, la planificación urbana y la administración local. Así pues, el municipio tenía entre sus funciones la recolección de residuos, el control de pastizales, la limpieza y el mantenimiento de la localidad como así también del cementerio, el pintado del cordón cuneta, sendas peatonales, cobro de agua, tasa a la propiedad y el impuesto al automotor (Roggero, B. [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025).

Por último, resulta fundamental reconocer que durante mucho tiempo en el espacio municipal se contó con una Asistencia Pública, principalmente para brindar primeros auxilios a los trabajadores municipales y a todo aquel que no contara con los recursos económicos necesarios para pagar de manera particular. La asistencia y el hospital convivieron durante mucho tiempo, hasta que fue disuelta a mediados de la década del 90 (Ferrero, 2003).

Durante esos años, la localidad desarrolló algunas obras públicas que demostraban capacidades para ampliar su oferta de servicios urbanos. Entre las obras realizadas se destacó la construcción del polideportivo municipal y también se impulsaron planes de construcción de viviendas a instancias de programas desarrollados tanto por la Nación como la provincia (Roggero, B. [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025).

En lo que respecta a la vida política local, si durante los años 80 existieron fuertes continuidades en la gestión municipal, el rasgo dominante de los años 90 fue el recambio del Departamento Ejecutivo. En palabras de Beatriz Roggero: *“el poblado venía eligiendo al mismo candidato en los últimos años (Pedro Candela²⁰) es por ello que en las elecciones de 1987 gana una fórmula nueva, fresca, puntualmente en las propuestas de gobierno que ellos traían, creo que eso es lo que convence tanto a Hernando”*. (Roggero, B. [entrevista sobre la conformación municipal] Agosto, 2025). Lo recordado por Beatriz quedó plasmado en las elecciones de aquel entonces, el partido Unidad Socialista obtuvo 2111 votos, ganando así la intendencia de Hernando, en segundo lugar, quedó la Unión Cívica Radical con 2043 votos y, en tercer lugar, la Unión Demócrata Centro con un total de 1309 sufragios (Decreto Municipal de Hernando N° 1/87, 11 diciembre de 1987).

Así pues, durante los años 90, la vida política de la Municipalidad fue administrada por diversos intendentes de los cuales tres son quienes interesan en esta investigación: Rubén Racca (1987-1991) que representaba al Partido Socialista Popular, Pedro Candela (1991-1995) de la Unión Cívica Radical y José Pedro Macagno (1995-1999) de la Unión Vecinal.

En referencias a cada uno de los gobernantes, Silvana Del Bel recuerda lo siguiente: *“Racca poseía ideas innovadoras para la época, sin embargo, el equipo de gestión y administración no logró acompañar, por ello en las próximas elecciones la gente volvió a lo seguro, a Candela. Creo que, cuando nuevamente se postula Macagno como Intendente, otra vez el pueblo da la oportunidad y eso le valió su reelección como así también la permanencia del Secretario de Hacienda (Gustavo Larovere) quien llevó adelante importantes medidas, como las moratorias que beneficiaron a muchas personas del pueblo.”* (Del Bel, S. [entrevista en relación a las características de Hernando] Septiembre, 2025)

Este apartado sobre las características del municipio de Hernando durante los años 90, nos permite conocer sus principales rasgos sobre el final del siglo XX. Este era un municipio de primera categoría con una estructura diversa, una cantidad reducida de empleados, pero que cumplían funciones complejas vinculadas principalmente a la planificación urbana y la provisión de salud. Ese pequeño municipio es el que debió adecuarse al contexto nacional y provincial reseñado en un capítulo previo y que le exigió cumplir nuevos roles en la vida local.

²⁰ Había gobernado la localidad en numerosas ocasiones.

III.1.3. LA SITUACIÓN FINANCIERA DEL MUNICIPIO DE HERNANDO

En este apartado se pretende describir la situación de la municipalidad de Hernando durante la gestión de Pedro José de Macagno, momento que enmarcó el proceso de descentralización sanitaria de la ciudad. Para llevar adelante dicho análisis es importante aclarar que solo se cuenta con las actas de sesiones del Concejo Deliberante de diciembre de 1995 a diciembre de 1997, junto a alguna Ordenanzas y Decretos de finales del siglo XX.

A partir de la lectura de las sesiones del Concejo Deliberante se pueden reconocer dos etapas en la situación financiera del municipio en el último lustro de los años 90. Un primer momento caracterizado por cierta crisis de las arcas locales, resultado en parte de las nuevas responsabilidades sanitarias que debió asumir en esa etapa. Esa situación crítica se vería agudizada por la coyuntura económica general que vivía el país y que pareció afectar la situación de los contribuyentes. Poco después se inició, por el contrario, una segunda etapa caracterizada por la regularización de la situación económica y el inicio de un nuevo ciclo municipal identificado por la planificación de nuevas obras para la ciudad.

De tal modo, a partir de 1995, momento de municipalización del hospital, una de las principales problemáticas por las que pareció atravesar el municipio fue su crítica situación financiera. En el Concejo Deliberante, a medida que se iban sucediendo las sesiones, las discusiones y las resoluciones en torno a la economía municipal se extendían en el tiempo y parecían requerir una mayor dedicación por parte de los concejales.

Uno de los primeros debates sobre la cuestión se dio en una sesión extraordinaria convocada por la nueva administración municipal de Macagno dedicada a discutir facilidades de pago para los contribuyentes. Al respecto, el municipio parecía encontrarse atravesando por dificultades para asegurar el cobro de los servicios que brindaba. Incluso, uno de los concejales manifestó la necesidad de revisar el proyecto, pues el presupuesto era reducido. Como resultado de lo anterior, se realizó una modificación del proyecto presentado con acuerdo, tanto de los concejales como del Secretario de Hacienda, con el propósito de promover el pago de impuestos. Para ello, se agregó un inciso que permitiera abonar las deudas hasta en cinco cuotas

con un descuento sobre la deuda consolidada del 15%²¹. En la siguiente sesión, el Intendente comunicaba que el plan de facilidades de pago había dado buenos resultados.²²

De todos modos, el cobro de las deudas de los contribuyentes siguió siendo un tema crítico. A lo largo de 1996, el Concejo se dedicó a discutir cómo promover el pago de las deudas entre quienes poseían terrenos baldíos. Como una posible solución, se propuso que dichos sitios fueran donados al municipio y destinados a la edificación de viviendas para familias sin techo propio.²³ Tras la medida se buscaba tanto resolver la situación crítica que atravesaban muchos contribuyentes como así también propiciar una solución habitacional. El eje de la discusión se centró en detallar la deuda que tenía el contribuyente e, incluso, el valor del terreno, para evitar que en los años sucesivos dicha propuesta se convirtiera regularmente en una alternativa al pago de impuestos. Esto coincide con la adquisición de un tractor usado, en que una parte del porcentaje de venta fue dejado por el contribuyente al municipio en forma de pago de deudas pasadas.²⁴ Esto permite reflexionar sobre cómo el municipio buscaba la manera de conseguir dinero o incluso bienes inmuebles para el mantenimiento comunal.

El nuevo intendente, José Pedro Macagno, a poco de asumir el cargo realizaba una descripción sobre la crítica situación de la Municipalidad con una deuda de \$1.800.000 (pesos un millón ochocientos mil). Dicho monto estaba conformado por las deudas que el municipio tenía por los aportes con la Caja de Jubilaciones, por la adquisición de un camión y por la realización de las obras de cordón cuneta de la ciudad. De todos modos, según el intendente, la gestión ya se encontraba al día con los sueldos del personal y también estaba administrando de manera regular el Hospital.

En ese contexto, el intendente además destacó la necesidad de revisar los proyectos de Ordenanzas de Recursos y Gastos, Ordenanza General Impositiva, Ordenanza Tarifaria Anual y Ordenanza de Régimen de Contrataciones para 1996. Sin embargo, todos estos temas pasaron a comisión²⁵ para ser tratados a principios del mes de marzo, en una sesión en que se

²¹ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión extraordinaria sin enumerar, 4 de enero de 1996, folio N°433.

²² Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 19 de febrero de 1996, folio N°436.

²³ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 3 de junio de 1996, folio N°448.

²⁴ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 14 de octubre de 1996, folio N°462.

²⁵ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 19 de febrero de 1996, folios N°435 y 436.

encontraran presentes todas las agrupaciones políticas.²⁶ Esto es revelador de la centralidad de estos asuntos para el desenvolvimiento regular del municipio.

En las actas se puede analizar, incluso, que las distintas fuerzas políticas acordaban en la necesidad de no aumentar el presupuesto, como así también en el imperativo de reducir los gastos. En otras palabras, en esta primera etapa de dos años el municipio debió gestionar y administrar muy bien sus recursos para poder llevar adelante una gestión fructífera.

Una de las cuestiones medulares del contexto municipal en esa coyuntura estuvo vinculada con el financiamiento del nuevo hospital. A principios del año 1996, la discusión se centró en la cuestión económica y, en especial, en el proyecto de crear un aporte extra para el hospital. El proyecto finalmente aprobado aplicó un recargo general en los servicios municipales y el nuevo aporte hospitalario fue incluido desde entonces en los cedulones de los servicios que ofrecía el municipio. Esta cuestión la abordaremos en un apartado específico.

Ahora bien, es necesario reconocer que a lo largo de ese primer año de gestión de Macagno y, a pesar de las condiciones económicas adversas, el municipio llevó adelante tratativas con el Gobierno de la Provincia de Córdoba e incluso con Vialidad Provincial para mejorar el equipamiento municipal. Como resultado de ello, el municipio fue ampliando su parque automotor a través de la adquisición de una motoniveladora, una camioneta y un camión volcador, ambos de la marca Ford.²⁷ Incluso se obtuvo una mejora en un automóvil para la policía local a través de FOFINDES.²⁸ En esos términos, aún en períodos de fuerte crisis económica, el Ejecutivo era capaz de impulsar negociaciones tendientes a mejorar las prestaciones hacia la población local.

En los hechos, entrado el año 1997, se habría comenzado a producir una fuerte mejoría en la economía Municipal, pues las discusiones en el Concejo Deliberante se desplazaron desde la crítica situación financiera y la creación de nuevos recursos hacia la discusión sobre proyectos destinados a generar mejoras para la comunidad, como caminos, edificación municipal e incluso acceso a la vivienda.

²⁶ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 26 de febrero de 1996, folio N°437.

²⁷ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 28 de octubre de 1996, folio N°463.

²⁸ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 27 de mayo de 1996, folio N°447.

De tal modo, las discusiones en el Concejo parecieron orientarse de manera más amplia a proyectar mejoras para la ciudad y la zona aledaña, como por ejemplo la obra de cloacas, la construcción de alcantarillas camino a Punta del Agua, el mejoramiento del basural y la construcción de viviendas. En referencia a estos puntos, se destacó la necesidad de construir viviendas. Según lo discutido desde el Concejo, el Ejecutivo municipal presentó planes a nivel nacional y provincial. En el caso de la Nación, se aprobó el proyecto propuesto desde el Ejecutivo para llevar adelante la construcción de hasta 50 viviendas en la localidad. Esto se debió a un plan nacional del Banco Hipotecario.²⁹ En lo que respecta a la provincia, se implementó el plan fondos para las viviendas de Córdoba (FOVICOR),³⁰ por el que el municipio se comprometió a construir un total de 14 viviendas por un monto de \$147.000 (pesos ciento cuarenta y siete mil).³¹ Este punto coincide con lo planteado por Beatriz Roggero, quien recordaba la construcción de viviendas gracias a planes nacionales y provinciales. En cuanto a la obra de cloacas, se llevaría adelante la instalación de plantas elevadoras para cloacas y un terreno para la construcción de lagunas de tratamiento y disposición final de los efluentes cloacales.³²

III.2. LA TRANSFERENCIA DEL HOSPITAL DR. PASCUAL A. TIRRO LA MUNICIPALIDAD

III.2.1 DISCUSIONES Y ACCIONES MUNICIPALES ANTE LA DESCENTRALIZACIÓN

Tal como se había determinado a nivel provincial con la Ley N° 7850, promulgada en el año 1989, en la que se establecía la transferencia de los centros de atención primaria de la salud a los municipios, la aplicación de dicha reforma llegó a la localidad de Hernando a través de la municipalización del Hospital Vecinal “Dr. Pascual A. Tirro”.

Según recuerda la nutricionista Rosa, el proceso de transferencia comenzó en el año 1994. Sin embargo, no fue hasta mediados del año 1995 cuando, en palabras del secretario de Hacienda, Gustavo Larovere fueron llamados desde el gobierno cordobés para informar sobre la decisión descentralizadora. Así pues, el Intendente local José Pedro Macagno, el director del

²⁹ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 7 de julio de 1997, folio N°484.

³⁰ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 26 de mayo de 1997, folio N°481.

³¹ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 30 de julio de 1997, folio N°486.

³² Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 20 de octubre de 1997, folio N°495.

Hospital el Dr. Pérez y él (Gustavo Larovere) se reunieron con el gobernador Ramón Mestre y el secretario de Salud de la provincia, Oscar Aguad. En dicha reunión se les comunicó que, a partir de 1996, la provincia dejaría de hacerse cargo de ciertos hospitales provinciales, que pasarían a la órbita municipal. Tal como lo expresa Larovere: “*no hubo opción*” (Larovere, G. [entrevista sobre la conformación económica del municipio] Agosto, 2025). Esto último coincide con lo planteado por Iván Ase respecto a la modalidad sin negociaciones de este proceso de descentralización. De tal modo, la fuerte crisis de financiamiento del gobierno provincial lo llevaría a tomar medidas extremas como la descentralización de los efectores de salud de baja complejidad a la órbita municipal. En consecuencia, en apenas un tramo de seis meses (desde mediados de 1995 a principios de 1996) se habrían municipalizado casi todos los efectores del primer nivel de atención (Ase, 2006).

En respuesta a lo acontecido anteriormente, el Concejo Deliberante de la localidad fue reunido por el Ejecutivo Municipal el día 26 de diciembre de 1995 en sesión extraordinaria para tratar diversos temas,³³ entre ellos figuraba la transferencia del Hospital Vecinal Dr. A. Pascual Tirro a la Municipalidad. En la primera sesión, uno de los concejales consultó sobre el proceso ejecutado.³⁴ En la ocasión, el secretario de Gobierno, José Luis Cagliero, realizó un pequeño resumen de las conversaciones llevadas adelante tanto a nivel local como provincial.³⁵

Las primeras discusiones fueron en torno a la situación financiera del nosocomio. Los concejales demandaron tener un estimativo del costo que implicaría administrar el nosocomio durante el año 1996. A su vez, los concejales reclamaban más precisiones respecto a qué tipo de hospital quería desarrollar el ejecutivo municipal, pues sin esa evaluación resultaba difícil calcular costos. La incertidumbre parecía la norma y como consecuencia la improvisación. De acuerdo con el secretario de Gobierno, producto de la urgencia del municipio por hacer frente a la nueva responsabilidad, el Concejo debía aprobar el proyecto del hospital a nivel general. En cambio, la planificación más precisa sobre su desenvolvimiento sería compartido con el cuerpo una vez que estuviera listo.

³³ La sesión se realizó luego de las fiestas navideñas y se puede deducir su importancia por los temas abordados: creación de una Secretaría de Asuntos Internos, designación de un asesor letrado municipal, fijación de dietas concejales y sueldo del Secretario de Gobierno. Anteriormente el Intendente expresaba la importancia de la liquidación de los haberes del mes de noviembre porque estaban a finales de diciembre y no se habían abonados.

³⁴ No se cuenta con dicha nota ni con ninguna referencia a ello, solo lo expresado en el texto.

³⁵ No se dice nada al respecto.

En esa ocasión, uno de los concejales interrogó al secretario respecto a los aportes que realizaría la Provincia ante la transferencia. En respuesta a lo anterior, el funcionario respondió a los concejales que no se encontraba establecido un monto, pero que ante la urgencia de que la Administración Provincial ingresara en receso, era necesario firmar el convenio. Además, afirmó que nada entorpecería las tramitaciones y que, posteriormente mediante una Ley de Coparticipación, se daría a conocer el monto que la provincia aportaría al nosocomio.³⁶ En otras palabras, el proceso de descentralización carecía de un marco legal claro que regulara las funciones de la provincia para con los municipios.

Por fuera de las discusiones económicas, cabe destacar que en esa sesión los concejales enfatizaron la importancia de trabajar por el Hospital y aseveraron que era imperativo adecuarlo a las necesidades de la población producto del incremento en el índice de pobreza.

El Concejo Deliberante de la Municipalidad de Hernando sancionó, finalmente, la Ordenanza Municipal N°2/95 posterior Decreto N°16/95. Esto implicó la transferencia del Hospital Dr. Pascual A. Tirro, perteneciente a la provincia, a la órbita de competencia municipal. Además, se autorizaba al Ejecutivo Municipal para que instrumentara los medios necesarios a los fines de hacer efectiva la transferencia a partir del primero de enero de 1996³⁷ (Decreto Municipal de Hernando N° 16/95, diciembre de 1995).

Según los concejales esta disposición se fundamentaba en la Carta Orgánica municipal que en sus artículos 10 y 11 determinaba que los vecinos debían cumplir con diversos deberes. En los citados artículos se destacaban los siguientes aspectos: del artículo 10, se rescata el punto cinco en que se manifiesta que los ciudadanos debían contribuir a los gastos que demandara la organización y funcionamiento del Municipio. En el artículo 11, se afirmaba que era función esencial de la Municipalidad garantizar la efectiva prestación de los servicios que le competen y de aquellos que, siendo función de otras jurisdicciones, no se presten, tras lo cual deben gestionar los recursos suficientes de los organismos responsables.

³⁶ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión extraordinaria sin enumerar, 26 de diciembre de 1995, folios N°428 y 429.

³⁷Hernando, Ordenanza Municipal N°2/95, folio N°762, promulgada 27/12/1995.

III.2.2. EL HOSPITAL BAJO LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

De acuerdo con los concejales, la sanción de la ordenanza era el resultado de la voluntad de la mayoría de la población que era partidaria de la transferencia aludida y una aspiración incluida por los partidos políticos en sus respectivas plataformas. En esos términos, había acuerdo sobre el imperativo de asegurar a nivel local un servicio hospitalario eficiente y adecuado a las necesidades de la gente.³⁸

La ordenanza sancionada contuvo algunos puntos importantes que es necesario abordar. Uno de los primeros estuvo vinculado al personal. Así pues, los concejales aprobaron la incorporación del Hospital, pero gracias al régimen autónomo del municipio, decidieron que el personal transferido o a transferir sería reducido en su cantidad.³⁹ Esa reducción de personal coincidiría con lo expuesto en la entrevista con Mirta Suárez quien expresaba que solamente contaban con personal necesario para tareas diarias como limpieza, cocina y lavandería, en el caso de atención médica y demás especialistas se contaba con uno por área.

En la Ordenanza también se establecía que el municipio negociaría y firmaría acuerdos con la provincia para establecer regímenes de coparticipación impositiva como así también la asignación de recursos necesarios para una mejor eficacia y descentralización. En respuesta a ello, la provincia a través del FOFINDES, transferiría un monto equivalente al 24% para que el municipio pueda ejercer efectivamente su autonomía y sus nuevas responsabilidades⁴⁰.

Otra de las medidas adoptadas en esa coyuntura afectó la oferta de servicios de salud públicos del municipio. De acuerdo con la perspectiva de los concejales, el servicio de salud prestado por la Asistencia Pública Municipal y los servicios del Hospital Vecinal Dr. Pascual A. Tirro estaban superpuestos. Por ello, propusieron que la función de la Asistencia en adelante formara parte directamente de las tareas del Hospital. Es por ello que el Concejo Deliberante en uso de sus facultades sancionó la Ordenanza N° 3/95 y posterior Decreto N° 17/95, por las que dejó establecido la necesidad de adecuar la estructura asistencial del Municipio. El propósito era que los recursos humanos y materiales pudieran ser canalizados en un solo organismo eficiente y contemplativo de todas las necesidades de los vecinos. Por ello, el

³⁸Hernando, Ordenanza Municipal N°2/95, folio N°762, promulgada 27/12/1995.

³⁹Hernando, Ordenanza Municipal N°2/95, folio N°762, promulgada 27/12/1995.

⁴⁰Hernando, Ordenanza Municipal N°2/95, folio N°762, promulgada 27/12/1995.

Concejo sancionó la suspensión definitiva de la Asistencia a partir del treinta y uno de diciembre de 1995. Entre las disposiciones se dejaron establecidas las condiciones de los trabajadores de dicho lugar. Se promovió en adelante que los empleados permanentes de la Asistencia comenzaran a realizar sus tareas en el nosocomio municipal, en los tiempos y modos en que lo dispusiera el Ejecutivo. En cambio, a los trabajadores en condición de contratados se les rescindiría sus contratos⁴¹ (Decreto Municipal de Hernando N°17/95, diciembre de 1995). En referencia a este último punto, principalmente a la rescisión de contratos, es necesario destacar que no se producirían discusiones en el Concejo Deliberante a razón de la medida anunciada.

De todos modos, el tema de los empleados del hospital comenzó a ser una cuestión de discusión pública. En el Concejo se discutió en ese período una nota enviada por los odontólogos de la localidad, en la que se cuestionaba el nombramiento de los profesionales de su rubro en el Hospital Municipal. En respuesta a ello, el Ejecutivo Municipal envió una nota aclarando sobre dichos nombramientos junto a la documentación que se utilizó para ello. En relación con esos nombramientos, también intervino el Círculo Médico de la localidad. De todos modos, en el Concejo la cuestión no pareció generar repercusiones. El tema fue enviado a comisión⁴² y en las posteriores sesiones no se hizo referencia a ello, ni a otra problemática similar al hospital, permitiendo reflexionar sobre que dicho cuestionamiento concluyo.

III.2.3. LA FINANCIACIÓN DEL HOSPITAL MUNICIPAL

Una de las cuestiones a tener presente es cómo el municipio se iba a hacer cargo del hospital. En referencia a ello, en marzo de 1996 el Concejo Deliberante se reunió y se pusieron en discusión los proyectos de Ordenanzas de Recursos y Gastos, Ordenanza General Impositiva y Ordenanza Tarifaria Anual Régimen de Contrataciones del mencionado año. El tema se inició con el debate sobre el aporte económico que realizarían los contribuyentes locales de \$1,50 (peso uno con cincuenta) por cedulón en ayuda para el Hospital local.

La discusión se centraba en cómo sería aplicado dicho aporte, pensando en el contribuyente que abonaba anualmente en un solo pago a diferencia de aquél que abonaba de manera bimestral (a lo largo del año serían \$9, pesos nueve). También, se ponía en cuestión la

⁴¹Hernando, Ordenanza Municipal N°2/95, folio N°763, promulgada 27/12/1995.

⁴² Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión en comisión, 23 de septiembre de 1996, folio N°459.

situación de los jubilados, quienes tenían un beneficio del 50% en sus servicios municipales y se debatía si esto también aplicaría al aporte al nosocomio.

Cabe destacar que en el Concejo Deliberante en ningún momento se puso en discusión la aprobación del aporte propuesto, sino que se debatió sobre la manera más práctica en que todos los ciudadanos realizaran dicha contribución. Como resultado de lo anterior, un concejal propuso que era necesario analizar durante unos 15 o 30 días el presupuesto a nivel general y pensar si se debía aumentar o bajar dicho arancel para el Hospital, destacando la necesidad de pensar qué tipo de nosocomio se estaba organizando para la sociedad. Aquí se planteaba, la importancia de tener en cuenta el contexto de la localidad, pues había poco trabajo e incluso recortes en los horarios laborales y bajas en las jubilaciones.⁴³

Ahora bien, en sus gestiones con el Hospital el municipio no se encontró solo al momento de llevar adelante mejoras y asegurar las finanzas. La institución contaba desde hacía años con una Cooperadora, “*Amigos del Hospital Dr. Pascual A. Tirro*”, como así también con la participación de ONG y personas anónimas que aportaban a través de la adquisición de equipamiento hasta con la organización de eventos en beneficio del nosocomio.

En referencia al punto anterior, se rescata un grupo de personas organizadas como una comisión de apoyo al nosocomio que decidieron llevar adelante una rifa con el objetivo de recaudar fondos para la institución. No se cuenta con información específica de la cantidad de números vendidos ni sus valores. De todos modos, se sancionó una Ordenanza que otorgó una autorización al Ejecutivo para suscribir un contrato de fianza con el Banco Social de Córdoba, por la rifa organizada por un monto de \$32.228,90 (pesos treinta y dos mil doscientos veintiocho con noventa centavos).⁴⁴ No se aclara para qué fue usada dicha recaudación. También, un grupo de mujeres llevó adelante la recaudación de fondos a través de un bono voluntario sin especificar el valor, con el objetivo de que dichos aportes fueran dados al hospital y al hogar geriátrico.⁴⁵ De todos modos, es necesario reconocer que desde antes que se produjera dicha transferencia, el nosocomio contaba con aportes locales, a través de bonos voluntarios, la

⁴³ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 18 de marzo de 1996, folios N°438 y N°439.

⁴⁴ Hernando, Ordenanza Municipal N°54/97, folio N°830, promulgada 31/07/1997.

⁴⁵ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 8 de agosto de 1997, folio N°488

realización de rifas y demás acciones sociales que permitían mejorar el sistema público de salud local.

La gestión municipal del hospital permite reconocer los esfuerzos comunales por brindar una buena calidad de servicio, sin embargo, las circunstancias económicas del momento muchas veces parecieron generar dificultades para alcanzar los resultados esperados. Según han manifestado diversos entrevistados, la realidad de la institución no era la ideal. Los recursos materiales y humanos y los insumos en muchas ocasiones eran muy escasos y no alcanzaban a cubrir el total de las necesidades. En esas circunstancias, las comisiones organizadas por fuera del municipio y del hospital se habrían vuelto imprescindibles para mantenerlo en funcionamiento.

III.2.4. LA SALUD MUNICIPALIZADA EN EXPANSIÓN

Hacia mediados del año 1997, se inició un segundo momento económicamente más expansivo para el municipio. Esto propició una nueva etapa en la gestión hospitalaria municipal caracterizada por los proyectos destinados a su ampliación.

Así pues, destacando la necesidad de brindar un mejor servicio hospitalario, el Ejecutivo municipal solicitó al Concejo una autorización para adquirir un terreno de 500 metros cuadrados⁴⁶ y para participar de un remate de dos propiedades colindantes al nosocomio.⁴⁷ Como resultado de esa medida el municipio adquirió nuevos terrenos que serían usados para ampliar las instalaciones del nosocomio junto al Hogar Geriátrico.

El monto de la transacción incluyó diversos conceptos como \$1400 (pesos mil cuatrocientos) entregados en efectivo, \$295 (pesos doscientos noventa y cinco) de impuestos inmobiliarios y \$219,36 (pesos doscientos diecinueve con treinta y seis) por deuda de la tasa de servicios a la propiedad más los gastos de escritura.⁴⁸ También se adjudicaron los dos terrenos colindantes para continuar con el objetivo de ampliar el hospital.⁴⁹ La adquisición de esos

⁴⁶ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 25 de agosto de 1997, folio N°489.

⁴⁷ Honorable Concejo Deliberante de Hernando, sesión ordinaria sin enumerar, 8 de septiembre de 1997, folio N°492.

⁴⁸ Hernando, Ordenanza Municipal N°57/97, folio N°833, promulgada 28/08/1997.

⁴⁹ Hernando, Ordenanza Municipal N°61/97, folio N°849, promulgada 10/09/1997.

terrenos pareció iniciar un ciclo de intervenciones municipales destinadas a ampliar la capacidad del hospital durante la administración de Macagno y con el apoyo del Concejo.

En esos años, el Ejecutivo Municipal, analizando el uso del hospital, decidió llevar adelante acciones de refacción, re-funcionalización y ampliación de las instalaciones que integraban el nosocomio municipal, con el objetivo de adecuarlo a las necesidades y los requerimientos de las aseguradoras de riesgo de trabajo. Sin embargo, el modo en que se implementaron esas ampliaciones resulta demostrativo de la debilidad municipal, en la medida en que las obras fueron llevadas a cabo mediante el uso de relaciones laborales signadas por la precariedad.

De tal modo, los trabajos de ampliación fueron realizados por beneficiarios del Programa Trabajar II, el cual otorgaba un subsidio de \$180 (pesos ciento ochenta) por mes y por obrero. Quienes llevaron adelante dicha obra fueron un total de quince personas que se encontraban sin trabajo. La tarea debió ser realizada en el término de seis meses, trabajando de lunes a viernes entre las 8:00 horas y las 14:00 horas. En virtud de ello, el Concejo Deliberante consideraba dicho monto insuficiente y por ello propuso necesario emitir un aporte municipal. Como resultado de lo anterior, autorizó al Ejecutivo a pagar subsidios complementarios por un monto de \$950 (pesos novecientos cincuenta) que se distribuirían entre los quince trabajadores beneficiados por el programa anteriormente mencionado, teniendo en cuenta además de que no sufrieran ningún tipo de descuento.⁵⁰ De los \$180 (pesos ciento ochenta) subsidiados, además recibirían \$63,33 (pesos sesenta y tres con treinta y tres) dando un total de \$243,33 (pesos doscientos cuarenta y tres con treinta y tres). Del mencionado monto total, casi un 26% fue entregado por el municipio.

Recapitulando, resulta interesante destacar los esfuerzos económicos y políticos que habría realizado el municipio de Hernando para hacer efectiva la transferencia del nosocomio. Si bien se deduce que al principio las decisiones que se tomaron fueron conflictivas, como por ejemplo la supresión de la Asistencia Pública, la reducción del personal hospitalario y la creación de un nuevo cargo municipal para financiar los costos hospitalarios. En poco menos de dos años, se puede observar que el Municipio empezó a pensar en la necesidad de mejorar el hospital. De tal modo se promovieron medidas destinadas a adquirir los terrenos que

⁵⁰ Hernando, Ordenanza Municipal N°52/97, folio N°827, promulgada 01/07/1997.

colindaban con el hospital y se desarrollaron programas que permitían llevar a cabo obras, aunque mediante la utilización de relaciones laborales más bien precarias.

CAPÍTULO IV

EL HOSPITAL DR. PASCUAL A. TIRRO DE HERNANDO

En el presente capítulo se pretende describir cómo se originó y de qué manera se fue transformando con el paso del tiempo el nosocomio “*Dr. Pascual A. Tirro*” de la localidad de Hernando, puntualizando en especial en los años noventa. Vale aclarar que no se cuenta con fuentes documentales específicas del nosocomio⁵¹ como así tampoco de referencias bibliográficas al respecto. En consecuencia, la escritura del capítulo está basada en registros adquiridos por historiadores que realizaron estudios sobre la localidad junto a entrevistas que fueron efectuadas a profesionales de la salud que participaron activamente en el establecimiento en el tiempo a investigar. A lo largo del capítulo se analizará el desenvolvimiento del Hospital en los años noventa, prestando atención a las particularidades de la descentralización cuando las fuentes así lo permitan.

IV.1. BREVE RECORRIDO POR LA SALUD PÚBLICA EN HERNANDO: DEL DISPENSARIO AL HOSPITAL PROVINCIAL

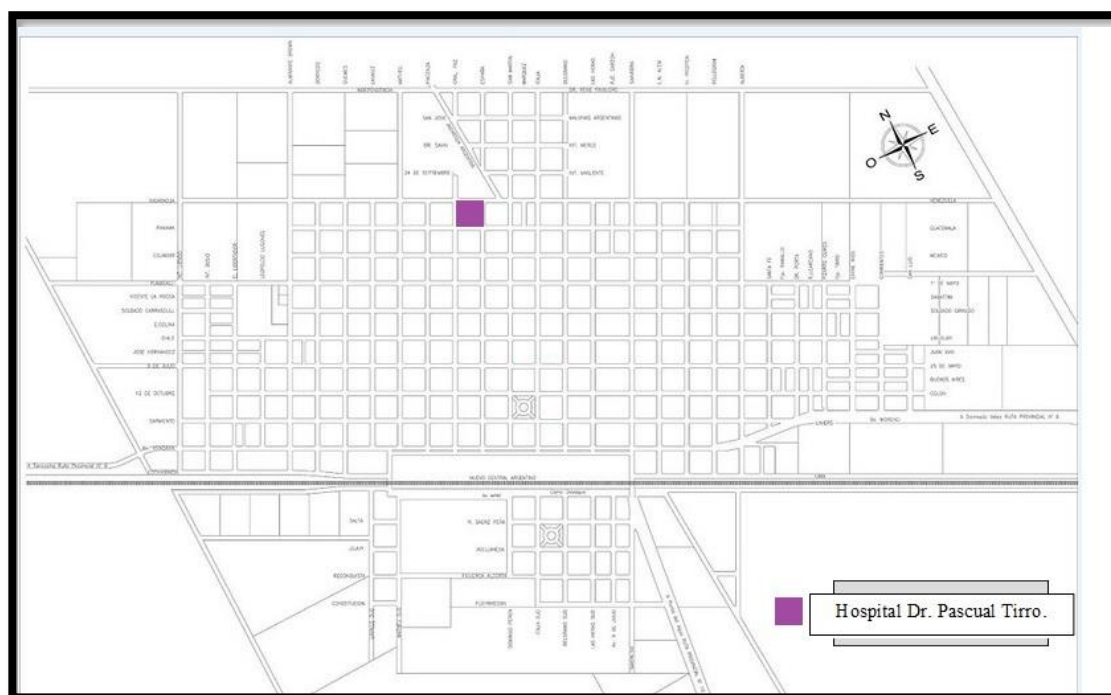
En las primeras décadas del siglo XX, una de las principales características del sistema sanitario cordobés fue la reducida participación del gobierno provincial en la prestación de servicios. Hasta 1930 las agencias estatales tenían una acción concentrada en la regulación privada de la medicina y la atención esporádica en el control de enfermedades infecciosas. Como consecuencia, a comienzo de esa década, se disponía de apenas seis hospitales generalistas de dependencia civil y estatal en la ciudad capital, entre los cuales se encontraban el Hospital de Clínicas, el Hospital de Niños, el Hospital Español, el Hospital Italiano y el Hospital San Roque, el único bajo el patronato del gobierno provincial. En el resto de la provincia existían solo diez hospitales de clínica general, uno de ellos provincial en la localidad de Deán Funes y el resto de dependencia civil distribuidos en la región pampeana. Esa reducida infraestructura sanitaria destinada a cubrir la gran extensión geográfica cordobesa gestaba una deficiente atención sanitaria en especial en el interior provincial (Ortiz Bergia, 2015, 2022).

Los cambios en este esquema provincial prescindente en la atención de la salud pública comenzaron a producirse partir de 1930 como resultado de la transformación del rol de las agencias estatales, la creación de una competencia provincial en el área sanitaria y la búsqueda oficial por ampliar las prestaciones sociales de carácter público. En consecuencia, en adelante

⁵¹ No se permitió al acceso de ellas.

una de las áreas de mayor presencia estatal fue la salud, logrando con el tiempo, mejorar las condiciones de vida de la sociedad.

En esa etapa, se comenzó a hacer visible un incremento gradual en la atención sanitaria de la población en el interior provincial. Un ejemplo de ese proceso se puso de manifiesto en los años 30 en la localidad de Hernando. El 8 de agosto de 1936 se labró el acta para la creación de un Dispensario dependiente de la Oficina Provincial de Higiene (Ferrero, 2003). La inauguración fue efectivizada el 12 octubre de 1937 bajo el nombre de Dispensario Antiluético N°13, establecimiento que asumiría una función más bien amplia al ser destinado a funcionar como dispensario de asistencia médica e integral. El primer médico director del nosocomio fue el Dr. Pascual Tirro. A un año de su funcionamiento, dicho dispensario contaba con los servicios de asistencia médica, medicamentos, alimentos, higiene corporal y mental (Ferrero, 2006). El cuerpo médico durante su primera etapa de funcionamiento estaba formado por el Dr. Pascual Tirro, el Dr. Manuel Pizarro Olmos, este último luego fue designado como director, y el Dr. Hugo Sargiotto. La actuación de los médicos solía ser de carácter voluntario.



Mapa de elaboración propia

En el establecimiento, durante un período, colaboraba una Comisión de Damas, mujeres de la ciudad que a través de distintas acciones proveían al pequeño dispensario de elementos para su funcionamiento. Su primera presidenta fue la señora Adela B. de Quargnetti (Ferrero, 2006). Esa acción civil propendería a la expansión del dispensario, con la apertura de un

internado y una maternidad. Esto nos indica que desde un primer momento el dispensario contó con la colaboración y la gestión de recursos de la comunidad local.

Para 1938, el dispensario fue ascendido a la categoría de hospital vecinal y continuó bajo la dependencia del Departamento Provincial de Higiene. Para entonces la atención de la salud, no se reducía solo a los pobladores de la localidad de Hernando, sino que abarcaba también localidades vecinas como Pampayasta, Las Isletillas, General Fotheringham, Dalmacio Vélez Sarsfield y Punta del Agua, lo cual se prolongó en el tiempo (Recorriendo caminos por la Historia Institucional, s/a).

Durante sus primeros años, entre 1940 y 1950, funcionaba de manera externa un consultorio de garganta, nariz y oído atendido por el Dr. Carlos Schermann y un consultorio de odontología⁵² a cargo del Dr. Carranza Centeno y un laboratorio.⁵³ Todos esos servicios se prestaban de manera *ad honorem* (Recorriendo caminos por la Historia Institucional, s/a).

La expansión del hospital vecinal continuó a instancias del propio crecimiento de la localidad y la radicación de nuevos médicos. En el año 1952 llegaron al Hospital el Dr. Huber Alberti en su rol de cirujano junto al Dr. Alonso en la función de pediatra. Para dicha década, ya se encontraban en Hernando otros cinco médicos: el Dr. Manuel Pizarro Olmos, el Dr. Vicente La Roca, el Dr. Storani, el Dr. Ovidio Galán Fosch y el Dr. Heliseo H. Chá, este último en el rol de director del nosocomio. Bajo la dirección del Dr. Chá se llevó adelante una importante remodelación del lugar con la instalación de la sala de radiología, la sala de internados y la sala de partos (Ferrero, 2003). Para los contemporáneos el hospital lograba concentrar todos los servicios de un pequeño hospital adecuado a las necesidades locales.

La Revolución Libertadora de 1955 produjo la renuncia del Dr. Chá, siendo este sustituido por el Dr. Pizarro. Sin embargo, por ley provincial para poder acceder a los cargos públicos se debía concursar. Razón por la cual llegó a la Dirección del Hospital el Dr. Alberti trabajando en conjunto con el Dr. Barrionuevo en la organización del nosocomio. Pero las elecciones de 1960 hicieron que el Dr. Alberti renuncie a la dirección⁵⁴ y la misma sea asumida por el Dr. Ovidio Galán Fosh. Durante la dirección del mencionado médico, el establecimiento

⁵² En la localidad se instalaron odontólogos a partir de los años 30, cuando profesionales de dicha rama arribaron a Hernando, además del Dr. Carranza Centeno, se pueden mencionar a Dr. Juan Pablo Arabel y Dr. Ernesto López Estévez entre otros quienes estuvieron durante mucho tiempo cubriendo dicha necesidad.

⁵³ No se especifica quien/es estaban a cargo, sin embargo, según Sabino Ferrero los bioquímicos se instalaron en Hernando alrededor de los años 50, lo cual coincide con los primeros años del nosocomio.

⁵⁴ Su socio el Dr. Alonso había sido electo senador.

continuó bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública y se realizó una ampliación del internado y la maternidad (Recorriendo caminos por la Historia Institucional, s/a).

Entre mediados de los años 50 y finales de los 70 y principios de los 80, el nosocomio continuó llevando adelante ampliaciones en sus instalaciones, esto se debió a la cantidad de enfermos que llegaban a la institución producto de la pobreza o de enfermedades, buscando contención y acompañamiento (Ferrero, 2003). Además, en la mencionada época, más específicamente en el año 1978, se concretó la fundación de la cooperativa “*Amigos del Hospital*”. Un grupo de personas reunidas con el objetivo de recaudar fondos para mejorar la institución producto de la alta demanda que el nosocomio tenía según lo anteriormente trabajado.

En las páginas previas se intentó realizar una descripción general del Hospital “*Dr. Pascual A. Tirro*” de Hernando a lo largo del tiempo, desde su fundación hasta entrado los años 80. Según lo trabajado es posible aprehender que la población impulsó una búsqueda permanente por hacer crecer y mejorar el nosocomio año tras año. Los progresos se manifestaban a través de la incorporación de personal de salud destinado a responder al incremento de las necesidades y las grandes distancias con centros de salud de mayor complejidad. Con el correr de los años, también fue creciendo la necesidad de ampliar la institución, esto producto de las demandas planteadas. Incluso, las expectativas de crecimiento parecieron gestar la fundación de la cooperativa, la cual permitió recaudar fondos para aportarlos al nosocomio. Se reconoce que por mucho tiempo el hospital fue muy importante, teniendo en cuenta la zona de influencia que atendía como así también la zona rural de la Pedanía de Punta del Agua.

IV.2. EL HOSPITAL A FINALES DEL SIGLO XX

En los siguientes apartados nuestro propósito es ahondar en los rasgos del hospital durante su etapa provincial y algunos de los atributos que adquirió durante el proceso de municipalización. Para ello, prestaremos atención a los recursos económicos, la remuneración de los profesionales, los recursos materiales, las intervenciones sanitarias del hospital y la atención de los pacientes. A partir de esos elementos buscaremos reconocer los rasgos de la salud pública municipal e identificar algunos procesos que atravesó a instancias de su descentralización.

En el análisis de estas cuestiones es necesario reconocer la complejidad del escenario institucional que abordaremos. La operación y el desempeño del nosocomio estaban intrínsecamente ligados a una compleja red de actores sociales que, con intereses y roles diversos, influyeron en su gestión y en la provisión de servicios. Dentro de los muros institucionales, se destacó el rol del director junto al personal de salud consistente en los médicos, las enfermeras, los diversos profesionales con los cuales contaba el hospital, encargados de administrar los recursos para su trabajo, junto a quien estaba a cargo de la dirección de la institución. Por fuera del hospital, los actores clave incluyeron al Gobierno Municipal, como principal ente financiador, además de establecer las normativas de trabajo y los lineamientos de la salud pública en cuanto a recursos humanos y materiales. En su desenvolvimiento también incidían las organizaciones de la sociedad civil a través del accionar de ONG y la cooperadora que complementaban la acción estatal a través de apoyo logístico, donaciones y promoción comunitaria.

Para el período 1980 y 2000 resulta dificultoso describir los rasgos del hospital dada la reducida cantidad de fuentes, de todos modos, en las próximas páginas se intenta reconstruir ese problema a través de entrevistas al personal que trabajaba en el nosocomio.

Según los comentarios realizados en la etapa provincial, el Hospital constituía un servicio pequeño, de baja complejidad y con un personal reducido. En términos edilicios, el hospital contaba con una secretaría, dos consultorios médicos y la enfermería que además cumplía con el rol de recepción de la guardia. A ello se agregaban dos habitaciones que oficiaban de salas de internación divididas entre hombres y mujeres. En el caso de los hombres, la sala contaba con un total de ocho camas y el internado femenino tenía cinco camas más. El hospital además tenía una sala de partos, sala de internación para maternidad y sala de cirugía. Asimismo, en el establecimiento había una habitación destinada a la cocina y otra para lavandería, una sala de rayos y un espacio para extracción de sangre. (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Entre las limitaciones, se identificaba la falta de un laboratorio. El bioquímico debía llevar las muestras a su laboratorio particular porque no se contaba con una dependencia específica en el hospital, sino de manera externa. Además, en cuanto al tamaño físico del lugar, Rosa expresaba que “*era muy pequeño*”. El internado por ejemplo solamente contaba con dos habitaciones y, en consecuencia, la única separación que podía hacerse entre los enfermos era

por género (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Por aquel entonces, el personal del Hospital era reducido. Entre los profesionales de la salud se contabilizaban solamente dos médicos, el director, quien además prestaba servicio de atención a los pacientes, y otro profesional. En el caso de la enfermería trabajaban un total de seis profesionales, todas ellas mujeres, que cumplían un servicio de guardias de 8 horas. Asimismo, se contaba con un bioquímico, una técnica radióloga y una obstetra (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual Tirro] Agosto, 2025). En total eran 11 profesionales de la salud los que laboraban en el hospital en el período provincial.

Además, la labor cotidiana del establecimiento se cumplimentaba a través de la intervención de un reducido personal administrativo. Una secretaria estaba encargada de gestionar los turnos y había tres personas responsables de tareas de servicio -limpieza, lavandería y cocina-, quienes se alternaban los francos (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

La condición de pequeño hospital con poco personal redujo sus posibilidades de dividir tareas. Suárez aseveraba que la labor de enfermería era de “*tareas múltiples*”. Ingresaban a las 6:00 horas y debían desarrollar actividades como la limpieza de las personas internadas, como así también su correspondiente medicación. Además, daban turnos para la atención médica durante la mañana, realizaban la atención de los pacientes que así lo requirieran en los consultorios externos y brindaban atención telefónica. En el caso particular de las enfermeras, cuando se realizaban guardias extras por falta de personal, eran compensadas con un día de franco, siempre y cuando el servicio lo permitiera. En consecuencia, no siempre podían acceder a los francos cuando el prestador lo quisiera y dichas guardias no eran pagas (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Durante su etapa provincial el nosocomio se hallaba bajo la zona sanitaria N° 5, cuya sede se encontraba radicada en la localidad de Villa María, lugar de referencia ante las necesidades de derivación decididas por el director del hospital. Ante la necesidad de insumos se debían comunicar al director de la institución o secretaria y luego ellos eran los encargados de comunicar a la jefatura de la zona, hasta que alguien lo aprobara. Esto también afectaba los insumos vinculados a la higiene (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

El pequeño hospital no contaba necesariamente con todas sus necesidades satisfechas. Esto lo recuerda Rosa quien se incorporó como nutricionista⁵⁵ a través de la presentación de un proyecto a la cooperadora del hospital. Al ingresar a trabajar al nosocomio, se encontró con que no se contaba con el servicio de alimentación, por lo tanto, debió organizar a su manera el mismo, prestando atención principalmente al internado donde en su mayoría eran personas ancianas. El internado actuaba como una especie de geriátrico, pero no lo era efectivamente. Rosa recuerda que fue un desafío muy grande porque buscaba la manera de revertir la situación alimentaria de “*todos los días comían puchero*”. Sostiene Carolina que fue un proceso muy duro el comenzar con las indicaciones y mejorar el sistema de alimentación del internado (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

El presente apartado nos permite reflexionar sobre las características edilicias del nosocomio y del trabajo de los profesionales. A lo largo de los relatos, es posible reconocer el esfuerzo de ellos por llevar adelante una institución con la que brindar atención a los pacientes. Se puede reconocer que, si bien el nosocomio era pequeño y el personal reducido, se deduce de las entrevistas, que el trabajo permitía llevar adelante la atención de los pobladores de la localidad como así también de las zonas aldeanas de manera adecuada. Los desafíos diarios de la institución muestran en las entrevistas, el esfuerzo de los profesionales y demás personal del nosocomio por brindar un servicio que capaz era reducido o mínimo, pero sin perder el enfoque de la atención de los pacientes.

IV.3. LA DESCENTRALIZACIÓN DEL HOSPITAL

La década de los años 90, tal cual lo afirmaba Ase en sus palabras “*ha[bía] sido rica en experiencias de reformas en el sector salud*” (Ase, 2006, 199). Tomando como referencia la mencionada premisa, el caso de Hernando no fue ajeno a todo aquello que se venía gestando desde hacía un tiempo sea a nivel nacional como provincial. Teniendo en cuenta las etapas del proceso de descentralización mencionadas por Ase en su texto “*la descentralización de servicios en Córdoba: entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal*”. La situación particular de Hernando coincide con la denominada etapa de shock.

⁵⁵ Carolina Rosa ingresaba al hospital al poco tiempo de haberse recibido, siendo la única en dicho rol hasta su renuncia en el año 2006.

Como mencionamos en el capítulo previo, en octubre del año 1995, el gobernador Ramón Mestre y el secretario de Salud de la provincia, Oscar Aguad, convocaron a la ciudad de Córdoba a quienes ocupaban por aquel entonces los cargos de intendente, el secretario de hacienda y director del hospital. En dicha reunión se les comunicó que a partir de ese año el nosocomio pasaría a manos de la municipalidad. El traspaso no dio lugar a negociaciones y no se otorgaron alternativas. La provincia, en cambio, se comprometió a proporcionar colaboraciones a través del programa FOFINDES. Con el correr del tiempo, sin embargo, esa colaboración no se otorgaría (Larovere, G. [entrevista sobre la conformación económica del municipio] Agosto, 2025). Esto coincide con lo trabajado por Ase, dicho autor sostenía que el gobierno provincial de Mestre criticaba la lentitud de los municipios en hacerse cargos de los efectores de salud, por ello bajo su gestión se propuso consumir de manera masiva, acelerada y forzada la transferencia efectiva de los centros de salud (Ase, 2006: 202-204). Frente a lo anteriormente mencionado, a partir de mediados de julio 1995, comenzaron a través de negociaciones conducidas por el mismo gobernador, las discusiones sobre las nuevas responsabilidades sanitarias, como así también sobre los montos de coparticipación que serían transferidos (Ase, 2006, 204).

En palabras de Suárez la descentralización se efectivizó en junio de 1996, momento en que se dispuso la transferencia de los centros de atención primaria de la salud a los municipios (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A, Tirro] Agosto, 2025).

El proceso descentralizador que había comenzado a finales de la década de los 80 en la provincia de Córdoba, continuaba su camino en los primeros lustros de los años 90. Fue así como se hizo efectiva la transferencia del nosocomio de la localidad de Hernando. Tal cual lo recordaban Larovere y Suárez en las entrevistas, dicha transferencia promovió una etapa nueva para la municipalidad de Hernando y el Hospital local. A partir de entonces, se inició un nuevo desafío para el municipio consistente en la definición de cómo financiar el hospital, asegurar la gestión y administración de los recursos humanos y materiales, fijar orientaciones para las prestaciones y definir sus relaciones con la Nación y la provincia. Todo ello se detalla a continuación.

IV.3.1. El financiamiento del hospital

En adelante el municipio debió incorporar los gastos hospitalarios en el armado de los presupuestos anuales a presentar cada 31 de octubre.⁵⁶ En referencia a este punto, es de importancia rescatar que en dicho presupuesto se debía incluir no solo el mantenimiento del nosocomio, sino además tener presente dos tipos de gastos: aquellos denominados gastos corrientes como los sueldos de los empleados y los bienes de consumo como los medicamentos e insumos necesarios para la realización de los trabajos. También se debía tener en cuenta gastos no corrientes, para la inversión de algún tipo de aparatología, ampliación del lugar o mejora de alguna sala. En este último punto, Larovere recuerda las dificultades del municipio para hacer frente a los nuevos gastos y la importancia que adquirió la comunidad local en ese financiamiento. En el conjunto se destaca la participación activa de la asociación del Rotary Club, la cooperadora del hospital y a veces la misma gente de la localidad prestando una colaboración para llevar adelante la nueva situación municipal⁵⁷ (Larovere, G. [entrevista sobre la conformación económica del municipio] Agosto, 2025).

Para financiar la inversión en gastos no corrientes, es de importancia tener presente el rol que poseía (y posee) el bono contribución con el cual contaba la institución. En principio, según palabras de Suárez: *“no se cobraba, había una alcancía y era totalmente voluntaria la donación del dinero”* (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). Rosa en relación a esto recuerda que había períodos durante los que se cobraba un bono voluntario, otras veces el servicio era totalmente gratis, dependía de la política de turno, pero siempre priorizando la atención (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

En lo que respecta a los pacientes que asistían al nosocomio, puntualmente en los años a estudiar Rosa y Servino coinciden en sostener que eran personas de muy bajos recursos, incluso con bajo nivel educativo. Según expresa Rosas: *“donde nadie contaba con obra social”* (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). En consecuencia, resultaba difícil obtener recursos por esa vía.

⁵⁶ Dato obtenido a través de la entrevista al Cr. Gustavo Larovere.

⁵⁷ En la actualidad se continúa sosteniendo dichas intervenciones solidarias.

Con relación al presupuesto anual, la bioquímica Servino sostiene que no se tenían muy presentes las necesidades del hospital ni de los trabajadores de allí, pues si bien contaban con poder comunicarse con el intendente, sus reclamos laborales consistente en mejoras en los sueldos, vacaciones, guardias pagas, no se efectivizaban (Servino M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Si bien el municipio se hacía cargo del nosocomio en lo que correspondía a los sueldos, los recursos materiales como así también del mantenimiento del edificio, el financiamiento era dificultoso, y eso se veía reflejado tanto en la precarización laboral como en los límites de los recursos.

IV.3.2. El personal hospitalario

Es de importancia destacar que uno de los principales soportes para el funcionamiento, eficacia y eficiencia del nosocomio son el personal, el recurso humano que permitía el desarrollo de la institución hospitalaria. En el efector, a lo largo del tiempo los médicos, las enfermeras y los diversos especialistas fueron brindando atención a la población local y zonas aldeanas. Un análisis detallado de la conformación del personal junto a su sistema de haberes permite comprender cómo se desarrolló el hospital en esta etapa de cambios.

En lo que hace a la cantidad y rasgos del personal sanitario, para finales del siglo XX y bajo la órbita municipal, el nosocomio continuó siendo una pequeña estructura consistente en dos médicos de atención primaria, pero además contaba con dos bioquímicas, encargadas de las extracciones de sangre que se realizaban en el lugar, pero cuyo análisis era en sus propios laboratorios, una nutricionista encargada de la alimentación de los internados y del geriátrico, una psicóloga, una pediatra, dos kinesiólogos, una odontóloga, una asistente social y las enfermeras alrededor de seis que brindaban atención a internos y cubrían las guardias. (Servino, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). Un total de 17 profesionales de la salud y la asistencia social. Esto implicaba un incremento respecto a la dotación existente en el período previo.

Asimismo, esta etapa supuso una mayor complejización del personal con la incorporación de especialidades médicas como la psicología, la nutrición, la kinesiología y la odontología. Estos profesionales apuntaban a la atención en consultorios externos. También se había incorporado una asistente social que probablemente cumpliera funciones con los

pacientes más vulnerables. En esos términos, la atención no pareció verse afectada desde el punto de vista de los pacientes, sino que por el contrario pareció complejizarse bajo la órbita municipal.

Esta política de reclutamiento de nuevos profesionales, sin embargo, se hizo bajo lo que pareció una diversidad de estatutos laborales. Desde su experiencia específica como enfermera, Suárez describe que cuando alguien ingresaba a trabajar en el hospital, era con un cargo permanente y respecto al pago de servicios, según ella: *“la remuneración no era despreciable, no era de las mejores (...) en relación con la parte privada, había cierta diferencia, ciertos reconocimientos que se ponían de manifiesto al momento de la jubilación”*. (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Pero esa no parecía ser la experiencia de otros profesionales de la salud en el establecimiento municipalizado. En el caso de la nutricionista, Rosa cuenta que, a lo largo de sus 15 años de trabajo en la institución, el 95% de sus pagos fueron prestaciones de servicios. En principio trabajó un año y medio *ad honorem* y posteriormente fue contratada por la Municipalidad a través del monotributo, es decir, la prestadora facturaba por su trabajo, el que realizaba de lunes a viernes de 7.30 horas a 10.30 horas de la mañana. En ese período de tiempo debía realizar toda la organización del servicio de alimentación como era el pedido de los alimentos, los cuales se adquirían en diversos comercios de la localidad de modo rotativo. También se hizo cargo del PAICOR⁵⁸ y las compras de la cocina del hospital como la del geriátrico cuando este se anexó al nosocomio. Entre sus responsabilidades también se incluía la tarea de diagramar todos los menús, compras y controlar el servicio de cocina. Además, prestaba atención a aquellos pacientes que eran derivados por los médicos de la institución (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Durante un período⁵⁹ le hicieron un contrato de locación (no de planta permanente) con aportes, por el que Rosa debía cumplir con 8 horas de trabajo, ingresando a las 6:00 horas hasta las 13:00 o 14:00 horas. A lo largo de esta etapa, que fue alrededor de un año y medio, recibió aportes jubilatorios (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). Según la entrevistada, las condiciones laborales al interior del hospital

⁵⁸ Este período fue cuando la provincia se hacía cargo del PAICOR, entonces venía gente a comer al hogar de día.

⁵⁹ No especifica cuando, no lo recuerda exactamente.

replicaban las que describimos en el capítulo anterior para el resto del municipio, en ocasiones eran de carácter informal, sin aportes, reconocimientos y sueldos muy bajos.

Con relación a este punto, la bioquímica Marisa ingresó a trabajar por la jubilación del Dr. Bongiovanni a principios del año 1999.⁶⁰ A su ingreso, se le estableció un tipo de contrato donde también se destacaba el rol de prestación de servicio a la municipalidad, el cual era muy irregular, no había control de ningún tipo sobre ese contrato. En lo que hace a su salario, Marisa recuerda: “*era muy mínimo \$150 (pesos ciento cincuenta) a quienes estábamos por contrato*”. Esto incluía estar en palabras de Servino: “*veinticuatro horas al servicio del hospital*”. No había beneficios, las guardias que eran del tipo pasivas, eran parte del sueldo, no se otorgaban licencias y en cuanto a vacaciones eran de una semana (Servino, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Las entrevistadas recuerdan además que una de las consecuencias de la descentralización fue la pérdida de algunos beneficios laborales. En la etapa provincial, Suárez recuerda que les permitían hacer cursos para mejorar los escalafones, pero cuando se descentralizó todo ello perdió valor y todos pasaron a ser iguales.

En cuanto a otras prestaciones sociales que beneficiaban al personal de salud, según recuerda Suárez, mantuvieron la obra social provincial denominada Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM),⁶¹ el salario era cobrado en tiempo siempre. Contaban con vacaciones, las que podían desdoblar en dos ocasiones. En el caso de las enfermeras, a principios de su ingreso también le daban un corte de poliéster para que cada una se hiciera su guardapolvo, posteriormente les dieron los uniformes (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

En definitiva, en el recuerdo de las trabajadoras, el municipio como empleador de los profesionales que trabajaban en el hospital gestionó relaciones laborales precarias que además eran acompañadas por remuneraciones que en el caso de algunos prestadores eran más bien bajas.

⁶⁰ Las bioquímicas Marisa Servino y Carina Beltramino armaron el laboratorio en el hospital a principios del siglo XXI.

⁶¹ En la actualidad llamada Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS).

IV.3.3. La estructura hospitalaria

Los recursos materiales constituyen un pilar fundamental para garantizar la operatividad y la calidad de la atención sanitaria en cualquier institución de salud y el nosocomio a estudiar no es una excepción. La disponibilidad, el estado y la gestión eficiente de los elementos son determinantes directos de la capacidad del hospital para ofrecer servicios de salud integrales y oportunos a la comunidad.

Aunque resulta difícil dilucidar una periodización clara respecto a la etapa provincial del hospital, la enfermera Suárez reflexionaba sobre cómo en esta época había algunas falencias producto la carencia de materiales descartables, los escasos guantes de látex que había eran reutilizables (se volvían a esterilizar), las jeringas eran de vidrio y las agujas de acero (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Según recuerda Rosa, los recursos eran medidos y muy limitados, pero tenían diálogo con el intendente municipal o con el director de turno y la comunicación era muy buena (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

La bioquímica Servino rememora que, al no contar con un laboratorio propio en el lugar, el nosocomio le hacía entrega de reactivos⁶² a las bioquímicas para que estas completaran su trabajo en sus propios laboratorios (Servino, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). Esto constituyó una continuidad con la etapa previa.

De todos modos, pareciera que algunos servicios durante esta etapa se habrían simplificado dadas las dificultades del municipio para complejizar su infraestructura de acuerdo con los cambios que se producían en la práctica médica y también en sus regulaciones legales.

De tal modo, los empleados recuerdan que durante muchísimos años en el hospital se habían realizado partos y algunas cirugías. En particular se menciona una intervención de cierta gravedad en la que se realizó el reemplazo total de cadera de una mujer oriunda de la localidad de Las Isletillas. La intervención fue realizada por un médico traumatólogo, cuyo instrumental era muy completo. Sin embargo, paulatinamente, las exigencias legales fueron aumentando y el nosocomio no logró adaptarse a las nuevas demandas por lo que dejó de realizar intervenciones de complejidad. Ese fue el caso de los partos. Los casos más complicaciones

⁶² En muchas ocasiones era muy difícil conseguirlos, recuerda que se entregaban una vez o dos al año.

dejaron de atenderse dado que no se contaban con las condiciones terapéuticas adecuadas, médicos cirujano, anestesista con guardias activas para la atención del recién nacido e incluso una sala de terapia-. En definitiva, en adelante, los casos más graves comenzaron a derivarse a otros hospitales de mayor complejidad (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025). Incluso, esto se dejó de hacer definitivamente en el año 2002-2003 producto de una mala praxis, el Hospital perdió la capacidad de brindar cualquier tipo de atención sea compleja o no, puntualmente en operaciones y partos. Estos últimos son derivados a las localidades vecinas.

IV.3.4. Las prestaciones sanitarias en la ciudad

En su nuevo rol de hospital municipal, las responsabilidades del Hospital Dr. Pascual Tirro trascendieron las paredes de sus pabellones para consolidarse como un actor central de la salud pública comunitaria en Hernando y su área de influencia.

De acuerdo a sus protagonistas, durante esta etapa la gestión hospitalaria se volcó hacia el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), enfocándose en la prevención, la promoción de la salud y la detección temprana de enfermedades. Sus acciones con la comunidad incluyeron la organización de campañas de vacunación en escuelas y localidades cercanas, el desarrollo de programas de educación sanitaria (sobre nutrición, higiene o enfermedades crónicas). Este enfoque proactivo, no solo buscó reducir la demanda de atención de urgencia al prevenir la morbilidad, sino que también intentó garantizar la accesibilidad equitativa al servicio de salud, reafirmando al hospital como un eje articulador del bienestar social y no solo como un centro de tratamiento de la enfermedad.

Como expresión de esta centralidad otorgada a la prevención y a la educación sanitaria, Rosa comparte que además de su función como nutricionista al interior del establecimiento, participaba en actividades de educación alimentaria-nutricional en las escuelas públicas donde daba charlas al respecto. En la guardería municipal además desplegaba tareas de control sobre los niños y las niñas como el peso y la talla. Con ello se generaba una especie de trabajo en red, pues la profesional comentaba que ante casos que necesitaban una mayor atención les recomendaba a sus familias una interconsulta con la pediatra.

Además, se llevaban a cabo campañas de acuerdo con el contexto del momento. Rosa comentaba como en el año 1996 el valor de la carne roja estaba muy alto coincidiendo con el boom de la soja, entonces realizaron una campaña para enseñar sobre la calidad nutricional de

dicho cereal. Junto a las cocineras hacían talleres de cocina para enseñarles a las personas como preparar leche y hamburguesas de soja (Rosa, C. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Según cuenta Suárez, también se llevaban adelante campañas de vacunación según correspondieran al contexto, la época del año y la existencia de algún brote epidémico o endémico. También iban a las escuelas rurales o a puestos sanitarios como fueron Punta del Agua y Las Isletillas (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

Servino recuerda que en muchas ocasiones diversas ONG se sumaban a esas actividades y campañas, un caso fue una campaña en compañía de LALCEC dedicada a la hepatitis (Servino, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

IV.3.5. Las relaciones con la Nación y la provincia

El Hospital Dr. Pascual A. Tirro, aunque pasó a la dependencia municipal operaba en el marco de un sistema de salud que requería la interacción y el soporte estratégico de los otros niveles de gobierno, lo que implicaba la presencia del Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Córdoba. Ambos niveles eran cruciales, no solo para la financiación, sino también para la orientación de las políticas sanitarias y la provisión de insumos clave. Así pues, el impulso de campañas específicas como por ejemplo de vacunación o alimentarias, necesarias para el bienestar de la población local, siguieron dependiendo de la complementación de acciones con las jurisdicciones superiores.

En cuanto a planes provenientes de la Nación y la provincia, Rosa recuerda que con la provincia la principal relación era a través del PAICOR que funcionaba en el hogar de día.⁶³ Además, se enviaban diversos tipos de módulos como leche, lactancia materna y alimentos de celiaquía. Estos planes llegaban con cierta regularidad, pero los insumos debía pagarlos el municipio.

Suárez recuerda también, que las campañas de vacunación eran promovidas desde la Nación o la provincia de donde eran enviados los recursos necesarios para poder ser llevadas

⁶³ Hogar de día de la tercera edad “Amadeo Sabattini”.

adelante (Suárez, M. [entrevista en relación a las características del hospital Dr. Pascual A. Tirro] Agosto, 2025).

En síntesis, este capítulo nos permite sostener que, si bien la Municipalidad aceptó la transferencia del nosocomio, la tarea conllevó cambios y transformaciones en el hospital. En referencia a lo que cambió se puede observar y afirmar que la cuestión del pago de los trabajadores de la salud se precarizó, incluso mucho del trabajo como las guardias no eran pagas en dinero sino con algún beneficio como un día libre. Los recursos materiales se vieron afectados, pues ya no debían ser solicitados al hospital regional de Villa María, sino a la Municipalidad y muchas veces faltaron o fueron limitados a pesar de los reclamos de los trabajadores. Si bien el hospital mantuvo vínculos con la Nación y la provincia en la realización de campañas, como fueron las de vacunación o de algún brote epidémico, la nueva realidad administrativa impulsó a desarrollar planes locales orientados a la atención primaria de la salud.

CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación titulada “*Descentralización de la salud en Argentina: el caso del hospital Dr. Pascual A. Tirro de Hernando, Córdoba, Argentina (1989-1999)*” se ha buscado describir y analizar el proceso de descentralización provincial de mediados de los años noventa a través de la investigación en profundidad de un caso. Así pues, a lo largo de este estudio intentamos indagar específicamente en la trayectoria de la descentralización en el caso particular del hospital Dr. Pascual Tirro de la localidad de Hernando.

Esta localidad tal como vimos en el segundo capítulo constituía un centro económico dinámico. Entre sus principales características se destacaban las múltiples instituciones tanto del ámbito privado como público que se involucraban en las necesidades y aspiraciones de la ciudad. Contaba con una oferta educativa variada como así también con diversos espacios para las actividades de recreación. Para la época, se hacían presentes sindicatos como así también cooperativas que brindaban diversos servicios a la localidad, apuntaladas principalmente en la industria agrícola, principal fuente de trabajo de Hernando.

En el ámbito de la salud, pudimos constatar que el nosocomio era un referente sanitario de la localidad y los pequeños pueblos de los alrededores. Desde sus comienzos dicha institución fue creciendo, no solo ediliciamente, sino también en el número de sus profesionales que fueron aportando sus conocimientos para brindar un servicio completo a sus pacientes. Hasta entrado los años 90, el establecimiento tenía el rango de hospital provincial de baja complejidad (nivel uno) y dependía del Hospital Regional Luis Pasteur, ubicado en la localidad de Villa María. Esto implicaba que era un hospital que proporcionaba atención primaria, es decir, no contaba con especialidades complejas o una sala dedicada a terapia, incluso, por aquella época no tenía un laboratorio de análisis propio. De todos modos, tenía salas de consulta y realizaba cirugías.

A mediados de los años 90, a raíz de la necesidad de descentralizar tal como se había propuesto tanto a nivel nacional como provincial, el gobierno de Ramón Mestre llevó adelante una fuerte descentralización de tipo administrativa de la salud hacia los municipios. A partir de nuestra investigación pudimos constatar que a instancias de este proceso el Hospital de Hernando sería transferido al municipio dentro de la etapa denominada, por Iván Ase, de shock, sin negociaciones ni transferencia de fondos específicos.

Este acontecimiento tendría como consecuencia la generación de una enorme tensión sobre el municipio. El primer gran problema fue la cuestión financiera, es decir, el mantenimiento del hospital ya que el mismo era íntegramente gratis. Esto fue un desafío muy grande para el municipio, ya que la situación económica del mismo era crítica. En esa coyuntura, entonces, se gestaron una serie de medidas destinadas a ampliar la capacidad municipal en la gestión sanitaria. Como resultado de ello, el Concejo Deliberante debatió la necesidad de un aporte por parte de los contribuyentes a través de los servicios que el municipio ofrecía a la localidad. Fue así, como se dejó establecido un aporte mensual que recargó sobre los contribuyentes locales los gastos del hospital.

También el municipio impulsó otras medidas que tendieron a reducir sus gastos y evitar superposiciones, aunque resintiendo el servicio local. Así pues, frente a la nueva realidad sanitaria, se promovió la necesidad de suprimir la Asistencia Pública que funcionaba con consultorios externos en el Palacio de la Municipalidad.

Pero la municipalización del hospital también incidió en las prestaciones que el mismo realizaba en el corto plazo. Por una parte, la reducción del gasto pareció impulsar una creciente precarización laboral de los trabajadores de la salud. La consolidación de los contratos de locación de servicios, las dificultades para concretar el pago de las guardias y el bajo sueldo promedio fueron algunas de las quejas registradas. Por otra parte, se manifestaron tensiones producto de los recursos materiales limitados con los que se disponía. Esto conllevó a reducir las prestaciones y/o su complejidad. En consecuencia, otro de los cambios fue la orientación predominante hacia la atención primaria de la salud.

De todos modos, a largo plazo la política del municipio intentó ser expansiva. Así pues, pasado los primeros años, se inició una política de adquisición de terrenos colindantes, tendientes a mejorar ediliciamente la institución para aportar calidad y atención.

Una mención especial merece la actuación de las ONG en el funcionamiento del nosocomio local. Casi desde sus orígenes se contó con la presencia de personas ajenas a la institución siendo partícipes de este a través de acciones concretas o de ayudas para mejorarla. En principio, es posible mencionar la comisión de damas que acompañaban a los internados y a los enfermos del lugar. Posteriormente, llegó la fundación de la cooperadora del hospital que impulsó acciones de mejora. Esta última también participó juntamente con otras entidades como el Rotary y LALCEC. Estas entidades se sumaban a través de bonos contribución, rifas o gestiones para la adquisición de elementos sanitarios como así también materiales que buscaban

ofrecer una atención completa. En la etapa que analizamos siguieron teniendo un rol central en la vida cotidiana de la institución.

Es relevante remarcar entonces lo que el caso nos muestra sobre los procesos de municipalización, sus condicionamientos y sus consecuencias. Este proceso demandó una serie conflictiva de acomodamientos producto de las tensiones que introdujo entre la administración municipal, el gobierno provincial, los pacientes, los profesionales de la salud, los contribuyentes y los voluntarios. En la coyuntura, esas dificultades se expresaron en problemas en el financiamiento municipal, el recorte del esquema de salud público de la localidad, en la existencia de limitaciones económicas en la provisión del hospital y en modificaciones en las prestaciones.

Vale la pena, a su vez, identificar algunos elementos específicos del caso que parecieron centrales en el desenvolvimiento de la municipalización en esta localidad. El análisis realizado nos permite constatar la importancia que en este proceso tuvo la existencia de una competencia municipal preexistente en la salud como la Asistencia Pública, la capacidad de la localidad para sostener el aumento de los impuestos en una coyuntura económica crítica, el desenvolvimiento de una dinámica acción civil y la existencia de profesionales en condiciones de trabajar en el hospital, aunque precarizados. Todos estos elementos son los que habrían posibilitado que el nosocomio continuara siendo un importante proveedor de atención sanitaria para los hernandenses y zonas rurales cercanas en el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

ARMUS, Diego. (2010). “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?” Revista de la Salud Colectiva, (6), 1:5-10. Buenos Aires, Argentina.

ASE, Iván y BURIOVICH, Jacinta. (2002). “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. Revista Administración Pública y Sociedad. IIFAP. UNC. N°14. Córdoba, Argentina.

ASE, Iván. (2006). “La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal”. Revista Salud Colectiva, (2), 2:199-218. Buenos Aires, Argentina.

ASE, Iván y BURIOVICH, Jacinta. (2009). “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”. Revista Salud Colectiva, 5, (1):27-47. Buenos Aires, Argentina.

BALLESTEROS, Matías. (2017). “El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad”. Revista Digital de Ciencias Sociales, (4)6:147-174. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

BELMARTINO, Susana. (2005). “*La atención médica argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos.*” Siglo Veintiuno Editores Argentina.

BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos y BÁSCOLO, Ernesto. (2002). “*La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios provinciales*”. Centros de Estudios de Estado y Sociedad. Serie seminarios salud y política pública. Buenos Aires, Argentina.

BERROTARÁN, Patricia y PEREYRA, Elsa. (2010). “*Momentos y procesos para una historia del Estado en Argentina*”. En Aportes para el debate, VI Jornadas Internacionales de Estado y Sociedad, junio 2010. (41:167). Buenos Aires, Argentina.

BOHOSLAVSKY, Ernesto y SOPRANO Germán. (2010). “Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina”, en Bohoslavsky, E y Soprano, G (ed.) Un Estado con rostro humano. Funciones e Instituciones estatales en Argentina (de 1880 a la actualidad). (9:55). Universidad Nacional General Sarmiento y Prometeo Libros. Buenos Aires, Argentina.

BONETTO, Ma. Susana; MARTÍNEZ, Fabiana y PIÑERO, Ma. Teresa. (2003). “La construcción de la reforma del Estado en Córdoba. Debates legislativos”. En Segundo Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Estado y Administración.

CARBONETTI, Adrián; AIZENBERG, Lila y RODRÍGUEZ, Ma. Laura. (2013). “La historia social de la salud y la enfermedad: conformación, logros y desafíos”. Programa Salud y Enfermedad, una mirada desde las ciencias sociales. (30):145-157. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

CINGOLANI, Mónica. (2000). “La cooperación intermunicipal después de la descentralización en la Provincia de Córdoba: oportunidades y restricciones”. Instituto de Investigación y Análisis Político, Universidad Católica de Córdoba. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Provincia de Córdoba. Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

CLOSA, Gabriela. (2008). “Trabajadores en conflicto: protestas e imaginarios en la emergencia económica de Córdoba”. Documento de trabajo n°15, publicación de la Maestría de Partidos Políticos y del Archivo de la Palabra del Centro de Estudios Avanzados de la UNC. Córdoba, Argentina.

CLOSA, Gabriela. (2009). “Los sindicatos en contra: luchas y protestas por el ajuste en Córdoba. El sindicato de obras sanitarias y su refinamiento con el Estado provincial”. Revista Escuela de Historia. Centro de Estudios Avanzados, UNC,8(2). Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.

DILISCIA, María Silvia. (2006). “*Reflexiones sobre la nueva historia social de la salud y la enfermedad en Argentina*”. En Carbonetti, Adrián y González-Leandri Ricardo (ed), Historias de salud y enfermedad en América Latina siglo XIX y XX. (15:47). Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

FALLETI, Tulia. (2004). “Federalismo y descentralización en Argentina. Antecedentes históricos y nuevo escenario institucional de las relaciones intergubernamentales”. En Clemente, A. y Smulovitz, C. (comp): Descentralización, políticas sociales y participación democrática en Argentina, Buenos Aires, Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo y Woodrow Wilson Internacional Center for Scholars (7:38).

FERRERO, Sabino. (2003). “*Hernando, sus cincuenta años fundacionales*”. Del Copista, Córdoba, Argentina.

FRANCO, Ma. Teresita. (2016). *“La aplicación de la ley de descentralización y autogestión del Hospital Público -decreto 578/93- como mecanismo para optimizar el sistema de salud. Planteo y realidad. Dpto. Cruz del Eje, Córdoba”*. (Tesis de Magister) UCC, Instituto de Ciencias de la Administración. Córdoba, Argentina.

GERBALDO, Gabriel y CARINI, Gabriel. (2022). “Todos los hombres del gobernador: Ministros y ministerios en la Córdoba radical (1983-1999)”. *Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral*, número 63, julio-diciembre 2022. Universidad Nacional del Litoral, Argentina

GORDILLO, Mónica (2006). “Acción colectiva y construcción de agendas en el marco de los ajustes provinciales, Córdoba, 1995-1997”. *Anuario de la Escuela De Historia*, (21): 123–154. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina.

HERNANDO, “*Historias populares cordobesas. (2006)*”. Gobierno de la provincia de Córdoba, Lotería de Córdoba, Argentina.

MANZO, Alejandro. (2011). “La penetración del neoliberalismo en los ámbitos sub-nacionales. El caso de Córdoba: análisis de las leyes provinciales del Estado nuevo y el Pacto fiscal”. *Revista Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*,11(21):15-32. Universidad Sergio Arboleda. Bogotá, Colombia.

MARTÍNEZ-FRANZONI, Juliana. (2005). “Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales”. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 2(2): 41-77. Universidad de Costa Rica.

MOSCOVICH, Lorena. (2006). “Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso de Córdoba”. *Revista Sociedad Argentina de Análisis Político*,2(3):661-664. Buenos Aires, Argentina.

NOVARO, Marcos. (2013). *“Argentina en el fin de siglo. Democracia, mercado y nación (1983-2001)”*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

NOVARO, Marcos. (2016). *“Historia de la Argentina 1955-2010”*. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, Argentina.

ORTIZ BERGIA, María José. (2015). *“El Estado en el interior nacional en la primera mitad del siglo XX. Aproximaciones historiográficas a un objeto en constante revisión”*. *Estudios Sociales del Estado*, 1(1):59-85.

ORTIZ BERGIA, María José. (2015). “La temprana descentralización de los servicios de salud en la Argentina: la construcción del sistema sanitario en Córdoba, 1930-1955”. *Historia, Ciencia Saude, Manguinhos*, vol.22, número 2, enero-abril 2015 (559:575).

ORTIZ BERGIA, María José. (2022). *La salud como problema provincial. Políticas públicas y Estado subnacional en Córdoba, Argentina, 1930-1955*. CABA. Biblos.

ORTIZ DE ROZAS, Victoria. (2016). “Los estudios sobre política sub-nacional en Argentina: un recorrido por diferentes disciplinas y perspectivas. Sobre los aportes de una escala de análisis y su afinidad con un enfoque centrado en los actores políticos y sus prácticas”. *Revista Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 50:57-80. Universidad Nacional de Jujuy. San Salvador de Jujuy, Argentina.

OSZLAK, Oscar y O’DONELL, Guillermo. (1995). “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”. *Redes*, 2 (4):99-128. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, Argentina.

OSZLAK, Oscar. (1997). *“La formación de Estado Argentino. Orden, Progreso y Organización Nacional”*. Editorial Planeta. Buenos Aires, Argentina.

PAUTASSI, Laura. (1995). “Descentralización en salud, ¿nuevos protagonistas? Estudio de casos en Municipios de la Provincia de Córdoba”. Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas. Buenos Aires, Argentina.

PHILP, Marta. (2016). “La invención de la democracia en la Córdoba de los años ochenta. Una lectura del imaginario político del gobernador provincial.” *Centro de estudios avanzados y Escuela de Historia, UNC*, 15(2004):105-118. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

RECORRIENDO CAMINOS POR LA INSTITUCIÓN DEL HOSPITAL (DR. PASCUAL TIRRO). Documento (escrito) entregado por el Dr. Federico Serasio (Director del Hospital Dr. Pascual Tirro entre diciembre de 2023 a marzo del 2025. El documento es una síntesis de la Historia de la institución. Año sin especificar, 1:4.

RAMACCIOTTI, Karina. (2005). “Una mirada sobre el estudio de la política social en la Argentina”. *Nuevo Topo, Revista de Historia y Pensamiento Crítico*, (115:138). Buenos Aires, Argentina.

RAMACCIOTTI, Karina. (2010). “Estado, Instituciones y actores. Reflexiones en torno a cómo pensar las intervenciones sociales del Estado”. Revista de Estudios Marítimos y Sociales, 3(3):193-204. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.

ROMERO, Luis Alberto. (2004). *Sociedad democrática y política democrática en Argentina del siglo XX*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires, Argentina.

SKOCPOL, Theda. (1995). “El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual”. En Grompone, Romeo (editor), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*. IEP. (92:129). Lima, Perú.

SOLDANO, Daniela y ANDRENACCI, Luciano. (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En Andrenacci, Luciano (comp), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. (17:79). Universidad Nacional de General Sarmiento y Prometeo libros. Buenos Aires, Argentina.

UGALDE, Antonio y HOMEDES, Núria. (2008). “La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica”. Revista Salud Colectiva, 4 (1):31-56. Buenos Aires, Argentina.

FUENTES

Documentos oficiales:

Boletín oficial de la Nación.

Boletín oficial de la provincia de Córdoba.

Decretos y Ordenanzas Municipales entre 1987 a 1997.

Protocolo de Actas de Sesiones del Concejo Deliberante de diciembre de 1995 a diciembre de 1997.

Entrevistas:

Arese Liliana, directora de la guardería municipal entre mediados de los años 90 a 2023.

Del Bel Silvana, Trabajadora Social en la Municipalidad de Hernando entre 2003 a 2005

Larovere, Gustavo, Contador, Secretario de Hacienda de la Municipalidad de Hernando desde 1995 a la actualidad.

Lucarelli, Reinaldo, tambero (1975 a 1981) contratista rural (1981 a 1996) y transportista del Centro de Camioneros (1996 a 2024).

Roggero Beatriz, empleada municipal (diversos roles) entre 1982 a la actualidad (con algunas pausas).

Rosa, Carolina, Nutricionista del Hospital de Hernando entre 1994 a 2006.

Servino Marisa, Bioquímica del Hospital de Hernando entre 1999 a 2007.

Suárez, Mirta, Enfermera del Hospital de Hernando entre 1981 a 2014.

Prensa:

Cada Mañana (página web), redacción por Ignacio Boretto.