

## **LOS ALCANCES DE LA INTERSECTORIALIDAD: SUMAR Y AUH-AUE EN EL MUNICIPIO DE TIGRE**

Silvia Andiarena  
ICO-UNGS

### **Resumen**

Con el propósito de indagar en la trama de la intersectorialidad de la política social en el municipio de Tigre, el trabajo reconstruye las articulaciones entre iniciativas y programas que -desde distintas esferas de la política- traccionaron positivamente en el acceso de la población materno infantil a la APS.

Se analiza la articulación del Programa Nacional Sumar con los Programas AUH/AUE, reparando en la coordinación entre los sectores que intervienen, los actores involucrados y la trama institucional comprometida. El Sumar -orientado a la conformación de seguros públicos provinciales- garantiza un conjunto de prestaciones a población sin cobertura explícita en salud. En tanto, la AUH/AUE -programas de transferencia directa de ingresos destinados a familias sin relación directa con el empleo formal registrado- ofrece cobertura a menores de 18 años o discapacitados sin otra asignación familiar, y a embarazadas sin obra social y en situación de vulnerabilidad.

El análisis se sitúa en el período previo al cambio de gobierno nacional (2019) y en el nuevo período político institucional, atravesado por la emergencia sanitaria. La reconstrucción de los programas y articulaciones entre éstos se realiza triangulando distintas fuentes: se revisan y sistematizan normativas, fuentes hemerográficas (medios digitales locales), redes sociales y material de entrevistas a informantes clave de la gestión sanitaria del municipio.

Palabras clave: Programa Sumar, AUH/AUE, articulación, coordinación

### **1. Introducción**

Los procesos de reformas que sucedieron en América Latina desde comienzos del siglo XXI -orientados a fortalecer los sistemas de salud- generaron cambios significativos en la región<sup>1</sup>. Llevaron a enfrentar complejos desafíos para ofrecer resistencia a la desigualdad heredada de las transformaciones estructurales bajo la lógica neoliberal de fines del siglo anterior.

---

<sup>1</sup> "región" refiere a Latinoamérica.

En este marco, las propuestas de los organismos multilaterales (OMS/OPS)<sup>2</sup> se orientaron hacia la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Bajo esos lineamientos, se planteaba el desarrollo de modelos basados en la APS, los que permitirían ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud<sup>3</sup>.

En la Argentina, la preeminencia de estrategia de atención primaria de la salud (APS) como organizador del subsector estatal fue determinada a través del Plan Federal de Salud (2004-2007), alcanzando su expresión en varios programas que tuvieron a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como instancia privilegiada de ejecución (Chiara *et al*, 2017).

En el marco de la estrategia de APS lograron desarrollarse, entre otros, el Programa Sumar, la Asignación Universal Por Hijo (AUH) con las condicionalidades en salud, al igual que la Asignación Universal por Embarazo (AUE)<sup>4</sup>.

Este trabajo tiene como propósito indagar en la trama de la intersectorialidad de la política social en el municipio de Tigre, observando la implementación y articulación de los programas nacionales -Sumar y AUH/AUE- en el nivel subnacional. Asimismo, se busca reconstruir las articulaciones entre iniciativas y programas que -desde distintas esferas de la política- traccionaron positivamente en el acceso a la atención sanitaria de la población materno infantil.

Uno de los interrogantes que orientó este trabajo es ¿de qué manera se construyen los procesos de coordinación en la implementación de programas nacionales para alcanza la articulación entre distintos los sectores?

El análisis del trabajo se sitúa en el período previo al cambio de gobierno nacional (2015-2019) y en el nuevo período político institucional, atravesado por la emergencia sanitaria. Se pone el foco en lo normativo, con el propósito de observar la vinculación entre el Programa SUMAR y la AUH/AUE. Además, se explora la trama institucional comprometida en la relación intersectorial de dichos programas, teniendo en cuenta la articulación entre los distintos sectores, la coordinación y los actores involucrados.

La sistematización y procesamiento de la información se alcanza mediante la triangulación de datos proveniente de fuentes secundarias, la revisión y sistematización

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

<sup>3</sup> Según la OMS en el "Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca"

<sup>4</sup> A los fines de una lectura más fluida se utilizarán las siglas AUH para referir a la Asignación Universal por Hijo y AUE para la Asignación Universal por Embarazo.

de normativas, de fuentes hemerográficas provenientes de los medios digitales locales, redes sociales y de material de entrevistas a informantes clave de la gestión sanitaria del municipio<sup>5</sup>.

El trabajo se organiza en varios apartados: luego de la introducción, en el segundo apartado se presenta un corpus teórico-conceptual en el que se recuperan algunos conceptos básicos que habilitan la comprensión, de manera general, en torno a la articulación intersectorial. En el tercero se recuperan las principales características de los programas que son objeto de estudio, contextualizando brevemente sus orígenes y evolución. El cuarto apartado describe la articulación entre ambas políticas en el nivel nacional, de modo que, abone a la comprensión de la articulación de las mismas en el nivel subnacional. En el quinto apartado se presenta una caracterización acotada del municipio de Tigre y se recuperan programas locales que combinan y acompañan a la AUH/AUE. Finalmente, se vuelcan algunas conclusiones del trabajo.

## **2. Algunas dimensiones teóricas en torno a la intersectorialidad gubernamental.**

Existen varias aproximaciones a la noción de intersectorialidad; Cunill Grau (2014) hace referencia a diversos sectores de gobierno que brindan sus servicios y atienden distintas necesidades sociales de manera articulada. La autora añade que la relación e integración de dichos sectores es sustancial para el abordaje integral de un problema multicausal.

Entonces, se puede interpretar que la intersectorialidad es la integración de dos o más sectores para el abordaje de múltiples causas relacionadas con ciertas cuestiones sociales, que se inscriben en la agenda gubernamental. Para dar respuesta a las distintas problemáticas se debe concertar conjuntamente y para ello se debe tener en cuenta el entramado -de intereses, acuerdos y relaciones de poder- ligado al desarrollo de las políticas públicas (Chiara; Di Virgilio, 2009).

En la región el concepto de intersectorialidad en el ámbito de la salud asienta sus bases en 1978, en la Declaración de Alma Ata “Salud para todos” (OPS, 2015). En esa línea Castell-Florit Serrate (2004) hace referencia a las intervenciones coordinadas, de más de un sector, dispuestas a abordar problemas relacionados con la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas.

---

<sup>5</sup> Las entrevistas fueron realizadas en abril y julio de 2020 por integrantes de Grupo de Diseño y Gestión de las Políticas de Salud, del de Área de Política Social (ICO-UNGS)

En referencia a la coordinación, Repetto (2012) la define como un proceso que genera sinergias<sup>6</sup> entre acciones y recursos de los actores, los cuales se proponen alcanzar objetivos estratégicos en un campo de intervención concreto. Dicho proceso, se desarrolla en el marco de “un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto” (Repetto, 2012:39). Por su parte, Isuani (2007) manifiesta que la capacidad de alcanzar la coordinación se ve condicionada por el marco institucional, los recursos disponibles y el grado de poder.

En cuanto a las principales variables que inciden en la determinación de la intersectorialidad, Cunill Grau (2014) menciona las siguientes: a) el grado de inclusividad de los sectores en la formación y la evaluación de las políticas; b) el grado de mancomunidad en la implementación; y c) el grado de alteración en las formas de organización previas, de los sectores de gobierno intervinientes.

### **3. El camino articulado entre el Programa Sumar y la AUH/AUE.**

Luego del año 2003, la Argentina emprende un proceso en el que las “intervenciones sociales del Estado<sup>7</sup>” buscan transitar hacia la inclusión social. Este camino se encuadra en una “contra-reforma”, caracterizada por la confrontación explícita con las políticas de la década del 90 (Danani, 2011). Bajo el contexto de la Emergencia Sanitaria Nacional en el año 2003 se crea por la Resolución N° 198 el “Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales”, proponiendo un modelo de financiamiento innovador, basado en resultados, que tendría como referente al Plan Nacer.

El Programa Sumar se pone marcha mediante la Resolución N° 1460/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, dando continuidad a su antecesor: el Plan Nacer<sup>8</sup>. El renovado dispositivo de la política sanitaria nacional se orienta a la conformación y crecimiento de los seguros públicos provinciales de salud (SPS)<sup>9</sup>, buscando garantizar

---

<sup>6</sup> entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma (Repetto, 2012).

<sup>7</sup> Entendiendo que las intervenciones se orientan, producen y moldean a las condiciones de vida y de reproducción de la vida de cierto sector de la población, operando sobre “el momento de la distribución secundaria del ingreso” (Danani, 2004).

<sup>8</sup> En el año 2004, por la Resolución N° 1173/2004 del Ministerio de Salud se determinó que el “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” se identificaría como “Plan Nacer Argentina”; luego, por medio de la Resolución N° 1976/2006, se sustituyó la denominación por la de “Plan Nacer”.

<sup>9</sup> Estos seguros de salud están destinados a financiar las prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud, las que son brindadas por los establecimientos públicos.

<http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/sumar-memoria-anual-2012.pdf>

un conjunto de prestaciones a la población sin cobertura explícita en salud (Chiara *et al*, 2017). El Sumar extiende la cobertura de salud hacia otros grupos poblacionales sin cobertura explícita en salud. Además de la población materno-infantil, se incorpora a los niños/as de 6 a 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años y mujeres entre 20 y 64 años; y, a partir del año 2015, también se suman los hombres de 20 a 64 años.

Con la creación de la Cobertura Universal de Salud o CUS – mediante el Decreto N° 908/2016 y la Resolución N° 475/2016- el Ministerio de Salud de la Nación se propuso ampliar la cobertura, articulando con los Programas Nacionales, con las áreas provinciales orientadas a la atención primaria de la salud y con las áreas de sistemas de información e informática de los Ministerios de Salud provinciales. Dentro de ese marco general, en los años subsiguientes la CUS como política se fue implementado fundamentalmente desde el Programa Sumar con el propósito de lograr el acercamiento de los servicios de salud a la población a través de equipos de medicina familiar y comunitaria, una mayor cobertura prestacional y un sistema de información<sup>10</sup>.

Vale mencionar que, la implementación de una política entendida como un proceso complejo, involucra un conjunto de acciones que transforman las intenciones y objetivos iniciales en resultados observables (Elmore, 1996; Berman, 1996; Presman y Wildavsky, 1998; Roth Deubel, 2006; Subirats *et al.*, 2008). Asimismo, la implementación posee un carácter intrínsecamente político que supone la participación de actores con diversos intereses y puntos de vista que deben encontrar arreglos de cooperación para su desarrollo (Aguilar Villanueva, 1996). Se trata de actores (concebidos como sujetos colectivos o individuos) que dialogan con sus capacidades y recursos para “incidir” en el proceso de las políticas (Chiara y Di Virgilio, 2009), pero que sus interacciones se producen bajo un marco institucional que les brinda ciertas reglas de juego (incentivos o restricciones) para su accionar (Scharpf, 1997).

Por otra parte, y en relación a las transformaciones del Régimen de Asignaciones Familiares<sup>11</sup>, éstas siempre se produjeron dentro del encuadre de la protección familiar de los trabajadores formales; por lo cual, la creación de la AUH permitió un “viraje” en el Sistema de Seguridad Social (Hintze y Costa, 2014).

La AUH se crea mediante el Decreto N° 1602/2009 e inaugura una nueva etapa para las políticas sociales argentinas al permitir la extensión del régimen de Asignaciones Familiares a sectores de trabajadores informales y desempleados, invocando el

---

<sup>10</sup> Fuente: <http://noticias.anses.gob.ar/noticia/autoridades-y-referentes-de-salud-debaten-el-rol-de-los-programas-nacionales-en-la-implementacion-de-la-cobertura-universal-2816>

<sup>11</sup> Establecido por la Ley N° 24.714.

principio de “universalidad” e identificando al trabajador informal como un nuevo sujeto de derecho (Hintze y Costa, 2011). Bajo la responsabilidad de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)<sup>12</sup>, la AUH ofrece cobertura a todos los niños/as y adolescentes menores de 18 años o discapacitados que no tengan otra asignación familiar prevista en la Ley N° 24.714. Para acceder a la prestación, la madre, padre o tutor debe encontrarse en cualquiera de las siguientes situaciones: a) estar desocupado/a; b) desempeñarse en la economía informal; c) trabajar en el servicio doméstico; d) ser monotributista social<sup>13</sup>.

El régimen de asignaciones familiares fue ampliado en el año 2011 el con la creación de la Asignación por Embarazo (AUE) -mediante el Decreto N° 446-, brindando protección social a las mujeres embarazadas<sup>14</sup> que no posean obra social y que se encuentren en situación de vulnerabilidad. En la AUH/AUE se ven representados dos principales programas nacionales de transferencias directas de ingresos a las familias que no tienen relación directa con el empleo formal registrado (Costa y Hintze, 2014).

Para percibir la AUE se estipula que la embarazada cumpla con ciertos requisitos: a) estar desocupada al igual que su grupo familiar; b) desempeñarse en la economía informal y percibir un salario menor al mínimo, vital y móvil; c) estar inscripta en un plan social; d) ser monotributista social o empleada del servicio doméstico; e) ser trabajadora de temporada; f) encontrarse privada de su libertad; g) no tener cobertura de obra social<sup>15</sup>.

#### **4. La conexión e intersectorialidad entre el Programa Sumar y las Asignaciones**

El Programa Sumar interactúa con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a través de la AUH/AUE y en la dinámica de esa relación es donde se alcanza un “efecto sinérgico” (Repetto, 2012) entre el Ministerio de Salud y ANSES. Entre los principales actores del Sumar se encuentran la Nación -a través de la Unidad Ejecutora Central (UEC)-, las Provincias -por medio de la Unidades de Gestión Provinciales (UGSP) y los efectores públicos de salud -a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs). En estos últimos se realiza la inscripción del Programa, mientras

---

<sup>12</sup> La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) es un organismo descentralizado que desarrolla sus funciones en el ámbito del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) creado según el Decreto N° 2.741/1991. Administra las prestaciones y los servicios nacionales de la Seguridad Social en la República Argentina. Otorgamiento y Pago de Jubilaciones y Pensiones. Disponible en: <https://www.anses.gob.ar/institucional/>

<sup>13</sup> Vale mencionar que esta prestación se cobra por cada menor acreditado por el grupo familiar, con un tope acumulable equivalente a la asignación de cinco menores.

<sup>14</sup> Desde la semana doce de gestación hasta el nacimiento o interrupción del embarazo.

<sup>15</sup> Con excepción de las que se encuentren bajo el Régimen de la Seguridad Social del monotributo social, servicio doméstico o trabajadores de temporada.

que la inscripción de las Asignaciones se tramita en ANSES. De este modo, el desarrollo de las Asignaciones se encuentra sujeto a la inscripción en el Sumar, y el acceso al beneficio y cobro de la AUH requiere la acreditación de los controles de salud correspondientes a la edad del beneficiario y la certificación de la asistencia regular a la escuela, del niño/a o adolescente<sup>16</sup>.

En este proceso de implementación de las políticas se contempla un abordaje que convoca a sectores complementarios del desarrollo social: Seguridad Social, Salud y Educación. Desde esta perspectiva, se apela a que “[...] varios sectores puedan converger, desde sus especialidades, para atender la variedad de causas que están tras los complejos problemas sociales actuales, y que las políticas sociales depositen en la intersectorialidad la concreción de la promesa de la integralidad” (Cunill Grau, 2014: 8). Esa dinámica de intersectorialidad supone la interacción entre actores de distintos escenarios institucionales, y a la vez, pertenecientes a diferentes sectores de la política social que se encuentran regulados por una lógica fundada, en cada caso, bajo en un conocimiento técnico profesional específico (Bronzo, 2007).

Además, puede interpretarse que estas políticas sociales descansan sobre el principio de universalidad; de hecho, se dieron en un marco en que el universalismo se incorporó en la justificación del diseño de las políticas sociales en América Latina (Abramovich y Pautassi, 2006; Cunill Grau, 2010; Crojethovic, 2016). También se inscriben dentro de un escenario que promovió el debate sobre el rol de los sujetos en el proceso de las políticas y que contempló un enfoque de derechos (Abramovich y Pautassi 2006; Cunill Grau 2010; Pautassi 2010).

Entonces, se entiende que la implementación del Sumar y la AUH/AUE involucra un enfoque intersectorial de la política social. De ese modo, rompe con los esquemas sectoriales más tradicionales de la política social y favorece la integralidad de las intervenciones, tanto en su instrumentación como en los arreglos institucionales para su ejecución.

#### **4.1 La evolución de los programas**

En el período bajo estudio se observa que la renovación de las autoridades nacionales en diciembre del año 2015 inaugura cambios en las orientaciones generales de muchas de las políticas sociales vigentes desde la gestión precedente. No obstante, el Sumar

---

<sup>16</sup> En cuanto a las condicionalidades en materia de salud y educación, las mismas representan -para los beneficiarios- un trato diferente que contrasta con, el acceso directo al sistema, el que disponen los hijos de trabajadores formales (Hintze y Costa, 2011).

ha mantenido el diseño, los atributos y la identidad que lo caracterizaron en la década anterior; además, de recibir un financiamiento adicional aprobado por el BIRF en julio del año 2015<sup>17</sup>.

Si bien, la AUH y la AUE también han continuado con el mismo diseño, en el año 2016 con el Decreto N° 593 se anuncia la ampliación en la AUH con la incorporación de los monotributistas sociales, los trabajadores del sector informal, personal de casas particulares y desocupados (Arcidiacono, 2017)<sup>18</sup>. En el año 2017, la ley N° 27.426, en el marco de la Reforma Previsional, presenta modificaciones en la fórmula del cálculo de las actualizaciones que se implementaban desde el año 2009, implicando una reducción en el beneficio, si se compara con el cálculo aplicado hasta ese momento.

En el año 2020, en el marco del nuevo período político institucional y con la situación inédita desatada por la pandemia por COVID-19, el rol de las políticas, y principalmente las de transferencias de ingresos se volvió determinante. La emergencia sanitaria ponía al descubierto a los hogares perceptores de AUH como los más afectados por la pobreza<sup>19</sup>.

En ese contexto de emergencia sanitaria se produjeron ampliaciones y modificaciones en relación a ciertas restricciones normativas que impedían que la AUH alcance a la población infanto-juvenil. Mediante el Decreto N° 840/2020, por un lado, se incorporaron niños/as y adolescentes que se encontraban por fuera de la órbita del programa; y, por otro lado, se restituyeron los derechos que por diferentes motivos gran cantidad de niños/as y adolescentes habían perdido.

Las medidas incorporadas contemplan: a) la eliminación del tope del quinto hijo/a para percibir la AUH; b) los requisitos menos restrictivos para los titulares extranjeros/as o para los hijos/as argentinos/as de los extranjeros/as; y c) la incorporación a la AUH de aquellos niños/as y adolescentes de los que se disponen datos de un solo progenitor/a. Respecto de las medidas de suspensión de derechos: d) la reincorporación a la AUH de niños/as y adolescentes que habían sido dados de baja por adeudar el cumplimiento de

---

<sup>17</sup><https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2015/07/07/effective-universal-health-coverage-for-more-than-5-million-people>

<sup>18</sup> Fuente: Arcidiacono, Ana; Asignación Universal por Hijo: Rupturas y continuidades en el campo de las transferencias de ingresos en Argentina; Asociación de Derecho Administrativo; Igualdad, autonomía personal y derechos Sociales; 6; 12-2017; 25-45. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/74343>

<sup>19</sup> El efecto de la AUH se vio más fuertemente en la tasa de indigencia. El 16% de los niños y niñas del país vivían en la indigencia en el tercer trimestre del 2020, cifra que asciende a un 29% dentro de los beneficiarios de la AUH y desciende a un 5% dentro de los hogares que no reciben la asignación. <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/AUH%20hacia%20un%20esquema%20m%C3%A1s%20inclusivo%20Junio%202021-2.pdf>



alguna condicionalidad<sup>20</sup>; e) que se consideren como presentadas las libretas pendientes y los correspondientes certificados de los años 2018 y 2019.

## **5. Los programas en el municipio de Tigre**

### **5.1 Algunas características locales**

El Municipio de Tigre se encuentra ubicado a 32 km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la zona norte del Conurbano Bonaerense, formando parte del segundo cordón; con una superficie de 368 km<sup>2</sup> (148 km<sup>2</sup> en el continente y 220 km<sup>2</sup> de islas)<sup>21</sup>. Al momento de realizarse el Censo nacional de población, hogares y viviendas de 2010, el municipio alcanzaba los 376.381 habitantes distribuidos en 108.558 hogares<sup>22</sup> de los cuales un 11% expresaban pobreza de tipo estructural<sup>23</sup>. En cuanto a la población que concierne en este trabajo, el 34,3% es correspondiente a la franja de 0 a 18 años; mientras que las mujeres entre 15 y 49 años representan el 26,3%<sup>24</sup>.

Su subsector público de salud dispone de una amplia estructura sanitaria, conformada por más de 20 Centros de Salud, el Hospital Materno Infantil, el Hospital Odontológico, el Hospital Oftalmológico, 3 Hospitales de Diagnóstico Inmediato, el Centro de Rehabilitación, el Centro de Apoyo a la Nutrición, la Unidad de Demanda Inmediata Pediátrica (UPRI), un conjunto de móviles sanitarios (para la atención odontológica, ginecológica, oftalmológica y de donación de sangre), un catamarán sanitario y un sistema de emergencias municipal<sup>25</sup>. Cuenta además con 288 camas destinadas a la internación hospitalaria (146 de dependencia provincial y 142 de dependencia municipal), es decir aproximadamente 7 camas cada 10.000 habitantes<sup>26</sup>.

### **5.2 La implementación de los Programas**

En Tigre se han articulado diversos programas, tanto municipales, como provinciales y nacionales, que se vinculan directa o indirectamente con la planificación en salud. En el período bajo estudio se han registrado variadas iniciativas, algunas desde el nivel central y otras impulsadas por el gobierno local que se complementan con los programas involucrados en la atención de niños/as, adolescentes y embarazadas.

---

<sup>20</sup> Cabe mencionar el requisito de la presentación de los controles de salud y la constancia de escolaridad para acceder al 20% del total no liquidado de las transferencias.

<sup>21</sup> Fuente: Observatorio Metropolitano, datos del Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2010.

<sup>22</sup> Fuente: Íbidem

<sup>23</sup> Fuente: Íbidem

<sup>24</sup> La OMS considera a la franja etaria entre los 15 y 49 años como la etapa reproductiva de las mujeres.

<sup>25</sup> Fuente: [http://tigre.gov.ar/salud/hospitales\\_y centros\\_de\\_salud](http://tigre.gov.ar/salud/hospitales_y centros_de_salud)

<sup>26</sup> Fuente: <http://observatorioconurbano.unqs.edu.ar/wp-content/uploads/334-Camasxpor-dependencia.-2003-2017.pdf>

En relación al Programa Sumar, con el propósito de producir mejoras en los problemas que afectaban la atención de la salud en el nivel subnacional, dicha política ha estado guiada por un modelo de fortalecimiento de la oferta que buscó recuperar la capacidad regulatoria sobre el subsector estatal (sin modificar el esquema de distribución de funciones resultantes de la descentralización). Ha brindado recursos, incentivos y regulaciones de distinto tipo que han transformado significativamente la dinámica de las organizaciones locales, influyendo en los modos de configuración de la agenda, en los contenidos de la política de salud y en las reglas de juego para atender las demandas de la población (Chiara, 2013a).

### **5.3 Distintas iniciativas de atención socio-sanitaria, complementarias de la AUH/AUE**

A continuación, se detallan una serie de iniciativas y programas locales que convergen con los nacionales:

El programa de sanidad escolar "PROSANE" cuenta con un equipo de profesionales de medicina, enfermería, fonoaudiología y odontología que recorre las escuelas estatales del municipio efectuando revisiones integrales a niños/as de 1° a 6° grado. Se realizan controles de salud, derivaciones al primer nivel, control bucodental, método de pesquisa audiológico, aplicación de vacunas según calendario nacional de inmunizaciones y firma de libretas de AUH<sup>27</sup>.

En el marco del programa municipal "Para Verte Mejor" en el que participan numerosos actores de la comunidad, tales como asociaciones civiles, empresas y el Estado, se desarrolla de manera integral y continua, revisando anualmente alrededor de 10.000 niños/as de las 56 escuelas primarias del distrito y entregando lentes<sup>28</sup>.

En una articulación entre la Subsecretaría de Promoción Social y la Subsecretaría de Salud, el móvil "Muelitas" en el marco del programa "Para Reírte Mejor" recorre los jardines de infantes de municipio abordando todos los problemas relacionados con la salud bucal en niños menores de 6 años; mientras que los casos que no pueden resolverse en el móvil son derivados al centro de salud u hospital odontológico<sup>29</sup>.

A través del Instituto Municipal de Alimentación Saludable y Nutrición (IMASN) se llevan adelante programas que promueven la alimentación saludable y brindan apoyo

---

<sup>27</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

<sup>28</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

<sup>29</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

nutricional a grupos en situación de vulnerabilidad social articulando con distintos sectores como educación, promoción social, cultura y deporte<sup>30</sup>.

El programa “Tigrecitos Saludables al Cole” tiene por objetivo educar sobre nutrición; por lo cual, nutricionistas y capacitadores visitan las distintas escuelas del distrito; y a través del programa “Yo te quiero saludable” se brindan charlas libres y gratuitas enseñando pautas generales de alimentación y recetas para cumplir con los requerimientos nutricionales diarios<sup>31</sup>.

El IMANS junto a la secretaria de Política Sanitaria y Desarrollo Humano despliega el programa “Tigre Pesa”, donde un equipo de profesionales realiza monitoreos constantes para el control del sobrepeso, en diferentes puntos del distrito como plazas, estación fluvial y CAFyS<sup>32</sup>.

El Programa de Asistencia al Deporte Infantil (PADI) realiza controles anuales de salud, en la población de 6 a 17 años que participan en los clubes de fútbol del municipio evaluando estado de crecimiento, desarrollo nutricional e idoneidad para realizar actividad física; e inclusive firmando las libretas de AUH<sup>33</sup>.

El programa municipal “Tigre cuida tu corazón” brinda jornadas de capacitación sobre primeros auxilios, manipulación de desfibriladores automáticos y Reanimación Cardiopulmonar (RCP), como las que se llevan a cabo en el hospital materno municipal, instruyendo a las familias acerca del procedimiento de respuesta al síndrome de muerte súbita infantil<sup>34</sup>.

El “Plan de Invierno” en los centros de salud es una iniciativa municipal orientada a la prevención, vacunación antigripal y atención especializada de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) en menores a dos años y embarazadas entre otros grupos poblacionales<sup>35</sup>.

---

<sup>30</sup> <http://www.tigre.gov.ar/salud/imasn>

<sup>31</sup> <https://www.noticiasdesalud.com.ar/el-instituto-de-alimentacion-de-tigre-comenzo-con-charlas-abiertas-a-la-comunidad/>

<sup>32</sup> <https://tigrealdia.com.ar/el-programa-tigre-pesa-llega-a-los-centros-de-salud/>

<sup>33</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

<sup>34</sup> <https://zonanortevisión.com.ar/162216/tigre-realizo-una-jornada-de-cardioproteccion-para-prevenir-situaciones-de-emergencias-con-bebes/>

<sup>35</sup> <https://www.zonanortediario.com.ar/08/05/2018/tigre-lanz-su-plan-de-invierno-para-los-centros-de-salud/>

El municipio y la fundación Fundeco, lanzaron el programa “Seguro te divertís” con el propósito de la prevención y el tratamiento de las adicciones en los jóvenes<sup>36</sup>. Para ello, se formaron más de un centenar de preventores voluntarios encargados de recorrer las zonas vulnerables para ayudar a víctimas de consumos problemáticos <sup>37</sup>.

El programa de “Salud Mental” desarrolla un trabajo interdisciplinario psico-socio-familiar y comunitario, con fuerte anclaje en el territorio. El propósito es dar respuesta a la demanda municipal de evaluación y seguimiento de las problemáticas. La salud mental materno-infantil es abordada de manera interdisciplinaria y en articulación con el primer nivel de atención y los demás efectores sanitarios de segundo y tercer nivel<sup>38</sup>.

El catamarán sanitario ofrece servicios de pediatría, nutrición, enfermería, medicina general, tocoginecología, vacunación y odontología, a la población isleña<sup>39</sup>. Cabe mencionar que el recorrido de la embarcación por el Delta y su frecuencia semanal se vieron degradados por la pandemia<sup>40</sup>

#### **5.4 En el contexto pandémico**

En el contexto de la pandemia, el Estado, en el nuevo período político institucional debió desarrollar distintas intervenciones de asistencia para aliviar la situación de los sectores más vulnerables ante las desmejoras en sus condiciones de vida. Como ya se ha mencionado, ante la grave situación por COVID-19, el rol de las políticas, y principalmente las de transferencias de ingresos se volvió determinante.

En el marco de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) y mediante el Decreto N° 310/2020 se crea el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para acompañar a varias familias de todo el país que se encontraban en situación vulnerable. En el caso de la AUH/AUE no se requería completar formulario extra, ya que el beneficio se asignaba automáticamente. Este beneficio se brindó en cuatro oportunidades, siempre bajo la órbita de ANSES, ya que dicho organismo es encargado de administrar, gestionar, otorgar, informar y pagar la prestación monetaria no contributiva de carácter excepcional a beneficiarios/as de las Asignaciones.

---

<sup>36</sup> El municipio está en contacto con los establecimientos locales que auxilian a jóvenes con adicciones, como Casa de Día, en Ricardo Rojas; Hogar San Ignacio, en Rincón de Milberg; Clamor en el Barrio, en Benavídez; el Centro Provincial de Adicciones, en Don Torcuato; e Isla Silva, en el Delta.

<http://www.redderadios.com/lanzaron-seguro-te-divertis-para-prevenir-las-adicciones-en-los-jovenes-de-tigre/>

<sup>37</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

<sup>38</sup> <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

<sup>39</sup> <https://www.quepasaweb.com.ar/catamaran-sanitario-tigre-delta-atencion-marzo-2020/>

<sup>40</sup> <https://plumaderio.com.ar/que-sucede-con-el-sistema-de-salud-en-islas-de-tigre/>

En paralelo y mediante la Resolución N° 26/2020 se crea la Tarjeta AlimentAR<sup>41</sup> que se distribuye en todos los municipios<sup>42</sup>; alcanzando también a beneficiarios/as de las Asignaciones y bajo la órbita del Plan Argentina contra el Hambre (Resolución N° 8/2020). Así, en el marco de las restricciones a la circulación, el importe de la prestación alimentaria se incorpora a la AUH/AUE (niños/as de hasta 6 años, embarazadas a partir de los 3 meses y personas con discapacidad).

La pandemia hizo que las instalaciones de los polideportivos de Tigre se incorporaran a los servicios sanitarios ya que se destinaron para vacunación, control de recién nacidos, niños/as, embarazadas y puérperas<sup>43</sup>. Asimismo, se dividieron las áreas dentro del espacio sanitario, los centros de salud siguieron con atención de demanda espontánea y entrega de medicación crónica, además del triage previo al ingreso de cada persona para control de la temperatura. También en las áreas de neonatología y maternidad se impulsó un protocolo para embarazadas sospechosas de COVID-19, con quirófano y sala de trabajo de parto respetado (TPR) para atención ante casos positivos<sup>44</sup>.

## **6. Conclusiones**

Como se ha visto, la intersectorialidad refiere la relación entre diversos sectores y se impone ante la necesidad de brindar soluciones a problemáticas que se definen como multicausales y que no pueden resolverse desde un único sector. De ahí, la importancia de llevar a cabo diferentes acciones que permitan legitimar los procesos de articulación intersectorial por medio de normativas y acuerdos. En el trabajo se ha contemplado que el proceso de implementación de algunas políticas convoca a sectores complementarios del desarrollo social, tales como Seguridad Social, Salud y Educación.

Al analizar la intersectorialidad de la política social, estudiando la trama institucional y los actores involucrados, se pudo observar que el proceso de articulación del Programa Sumar y la AUH/AUE ha logrado generar sinergia entre ellos. En este proceso multisectorial el programa Sumar se ve potenciado al integrarse con otras políticas públicas que conducen a generar resultados efectivos en la población a partir de recursos invertidos en el sector social. Además, en cuanto a las condicionalidades y el

---

<sup>41</sup> El plástico permite a los beneficiarios acceder a la canasta básica alimentaria y comprar todo tipo de alimentos, a excepción de bebidas alcohólicas.

<sup>42</sup> <https://www.tigre.gob.ar/novedades/detalle/883>

<sup>43</sup> <http://www.tigre.gov.ar/novedades/detalle/1031>

<sup>44</sup> <http://www.tigre.gov.ar/novedades/detalle/1073>

cumplimiento de las mismas, de algún modo incentivan la oferta de los prestadores de salud como la demanda sanitaria.

Se puede decir que el enfoque intersectorial de estas políticas rompe con los esquemas sectoriales más tradicionales de la política social y favorece la integralidad de las intervenciones, tanto en su instrumentación como en los arreglos institucionales para su ejecución.

En relación a la situación crucial atravesada por la pandemia de COVID-19, la misma hizo que se decretaran distintas medidas, promoviendo algunos cambios y quitando ciertas restricciones -implementadas en la gestión anterior de gobierno- que impedían que la política -tal el caso de la AUH- alcance a un gran número niños/as y adolescentes, que por distintas circunstancias habían quedado fuera de la prestación.

Luego de indagar en la trama de la intersectorialidad de la política social en el municipio de Tigre y observar los alcances de la política nacional en la política sanitaria local se percibe que mediante la ejecución de políticas garantistas de derechos sociales como el Programa Sumar y la AUH/AUE se puede brindar un conjunto de protecciones a la población durante las etapas de embarazo, niñez y adolescencia. Las cuales convergen con variadas iniciativas y programas municipales que traccionan positivamente en el acceso a la atención sanitaria de la población materno infantil.

Finalmente, se repara en que pese a las marcas que produjo la emergencia sanitaria en el sistema de salud y el impacto en la gestión local de la política sanitaria, la construcción de procesos intersectoriales, en la implementación de programas, se tonifica cuando la coordinación y la articulación vertical se complementa con la horizontal.

## **Bibliografía**

Abramovich, V. y Pautassi, L. (2006). "Dilemas actuales en la resolución de la pobreza: El aporte del enfoque de derechos". Seminario *Los Derechos Humanos y las Políticas Públicas para Enfrentar la Pobreza y la Desigualdad*; Universidad Nacional Tres de Febrero, Buenos Aires. UNESCO, Secretaría de Derechos Humanos.

Abramovich, V. (2006b). "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo". Revista de la CEPAL, nº 88, pp. 35-50. Santiago, Chile.

Aguilar Villanueva, L. F. (1996). "Estudio introductorio". En: J. L. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas públicas* (pp.14-92). México: Miguel Ángel Porrúa.

- Berman, P. (1996). "El estudio de la macro y la micro implementación". En: L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas públicas* (pp.281-321). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bronzo, C. (2007). "Intersectorialidade como principio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza". XX Concurso del CLAD sobre Reforma y Estado y Modernización de la Administración Pública "Como enfrentar los desafíos de la transversalidad en la gestión pública?". Caracas.
- Cantamutto J. F. y Constantino A. (2016). *El modo de desarrollo en la Argentina reciente* Mundo Siglo XXI; Lugar: Distrito Federal; Año: 2016 vol. XI p. 15 – 34
- Castell Florit-Serrate, P. (2004). "La Intersectorialidad. Conceptualización", *Panorama Internacional y de Cuba. Revista Horizonte Sanitario* volumen 2, número 3. México: División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Tabasco.
- Chiara M. y Di Virgilio, M. (2009). "Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas". Editorial UNGS/Prometeo, Buenos Aires.
- Chiara, M. (2013a). "Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios". *Debate Público, Reflexión de Trabajo Social*.
- Chiara, M.; Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2017). "El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional". En *Salud Colectiva*, [S.I.], v. 13, n. 4, p. 663-676
- Cunill Grau, N. (2010). "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública". *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 41-72.
- Cunill Grau, N. (2014). "La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual". En *Gestión y política pública*, 23 (1), 5-46.
- Danani, C. (2004). "El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social". En Danani C. (compiladora): *Política social y economía social: debates fundamentales*. Buenos Aires. UNGS/OSDE/ Editorial Altamira.
- Danani, C. (2013). "El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo". En: *Revista Uruguaya de Ciencia Política* N° 22. Pág. 145- 170. Instituto de Ciencia Política/Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay
- Elmore, F. E. (1996). "Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales". En: L. F. Aguilar Villanueva (Ed.) *La implementación de las Políticas* (pp. 185-249). México: Miguel Ángel Porrúa
- Grassi, E. (2008). "La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate post-neoliberal". En Jarrín, J. P. *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*, pp. 29-68. Ecuador: FLACSO.

Hintze, S. y Costa, M. (2011). "La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección". En Danani, C. y Hintze, S. y Costa, M. (2014). "Capacidad protectora de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social: problemas y debates a cuatro años de su implementación". En Danani, C. y Hintze, S. *Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina*. Buenos Aires: UNGS.

Isuani, F. (2007). Capacidades estatales para la implementación interorganizacional de políticas públicas. <http://www.aaep.org.ar> 2007

La Serna C. (2016). ¿Hacia un estado jerárquico de mercado? Reflexiones anticipadas sobre el regreso del neoliberalismo. *Revista Administración Pública y Sociedad* de N°1, 2016 pp. 60-72.

OPS (2015). "Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica". Washington, DC.

Pressman, J. y Wildavsky, A (1998). "Prefacio a la primera edición". En: J. Pressman y A. Wildavsky, *Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland* (pp. 50-60). México: Fondo de Cultura Económica.

Repetto F. (2012). *Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales / Fabián Repetto y Juan Pablo Fernández*. - 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC

Roth Deubel, A. (2006). "La implementación de las decisiones". En: A. Roth Deubel, *Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación* (pp. 107-134). Bogotá: Ediciones Aurora.

Scharpf, F.W. (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centred Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.

Subirats, J.; Knoepfel, P.; Larrue, C. y Varonne, F. (2008). "Los actores de las políticas públicas (pp. 51-69)". En: J. Subirats; P. Knoepfel; C. Larrue y F. Varonne, *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel ciencia política.

Tzeiman, A. (2017). *Radiografía política del macrismo*. Buenos Aires, Caterva Editorial  
Vergara, R. (2001, noviembre). *Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional*. En VI Congreso Internacional del CLAD, Buenos Aires

#### **Fuentes:**

Página oficial Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES)

URL: <https://www.anses.gob.ar/prestaciones/asignacion-universal-por-hijo-auh/>

Observatorio de la Seguridad Social

URL: <http://observatorio.anses.gob.ar/publicacion>

Página oficial de Ministerio de Salud de la Nación

URL: <https://www.argentina.gob.ar/salud>



Página del municipio de Tigre

URL: <https://www.tigre.gob.ar/salud/programas>

**Normativa:**

Resolución ANSES, N° 393/2009, Reglamentación de la AUH.

Resolución ANSES, N° 132/2010 - Asignaciones familiares – Asignación Universal por Hijo para Protección Social. Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación. Formalidades y plazos.

Resolución N° 475/2016

Decreto 1602/ 2009. Asignaciones Familiares.

Decreto 446/ 2011. Asignación Universal por Embarazo.

Decreto 433/ 2015. Asignación por ayuda escolar anual.

Decreto 504/ 2015. Régimen de Asignaciones Familiares.

Decreto N° 908/2016 CUS.

Decreto N° 310/2020 IFE.

Decreto N° 840/2020 Régimen de Asignaciones Familiares

Ley 24.714 Asignaciones Familiares.

Ley 27.160 Movilidad de las Asignaciones Familiares.