

La política social municipal y el problema de la coordinación interjurisdiccional. El caso del municipio bonaerense de General San Martín, Argentina. *

Guillermo V. Alonso
UNSAM-CONICET,
Argentina

Resumen

En Argentina, la estrategia de descentralización que, en las últimas décadas, caracterizó la reformulación de los servicios sociales (provincialización) y la implementación de programas asistenciales (municipalización) complejizó aún más la trama estatal de las políticas sociales. Ésta dejó de unificarse en torno a un centro y se constituyó en un campo de tensiones entre los niveles interjurisdiccionales. Por ello, estudiar hoy los modos de intervención pública sobre la cuestión social en el nivel local nos llevará a indagar, prioritariamente, sobre cómo se resuelve en este nivel el problema de la articulación con los otros niveles jurisdiccionales (Nación y Provincia). En este artículo, presentaremos resultados de una investigación mayor que analiza la temática antedicha, a partir de las experiencias de municipios del conurbano bonaerense (el anillo urbano que rodea a la capital argentina), tomando como estudio de caso el municipio de General San Martín.

Palabras claves: Políticas sociales. Gestión local. Articulación interjurisdiccional. Política de salud. Programas asistenciales.

* Doctor en Ciencias Políticas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México. Magíster en Administración Pública de la Universidad de Buenos Aires. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina. Profesor de Políticas Públicas y Políticas Sociales Comparadas en la Universidad Nacional de San Martín. alonsog@unsam.edu.ar

Abstracts

In Argentina, the decentralization strategy that, in the last decades, characterized the reformulation of social services (provincialization) and the implementation of welfare programmes (municipalization) made even more complex the state structure of social policy. In fact, this structure is no longer unified around a centre and became a tension field between the interjurisdictional levels. The study of the ways of public intervention on the social issues at a local level will lead us to investigate mainly how it is possible to resolve in this level the problem of the articulation with the other jurisdictional levels (the provinces and the central government). In this article we will present the results of a larger research that analyzes the subject above introduced from the experiences of municipalities of the *Conurbano Bonaerense* (the peripheral ring that surrounds the Argentinean capital city), taking as a case study the municipality of General San Martín.

Keywords: Social policies. Local government. Interjurisdictional articulation. Health policy. Welfare programmes.

Resumo

Na Argentina, a estratégia de descentralização que, nas últimas décadas, caracterizou a reformulação dos serviços sociais (provincialização) e a implementação de programas de assistenciais (municipalização) complicou ainda mais a situação das políticas sociais estatais. Esta deixou de se unificar em torno de um centro e transformou-se em um campo de tensões entre os níveis interjurisdicionais. Então, hoje, estudar as formas de intervenção pública sobre as questões sociais em nível local, vai nos levar a investigar principalmente como resolver neste nível o problema da articulação com os outros níveis jurisdicionais (Nação e Província). Neste artigo iremos apresentar os resultados de uma pesquisa maior que analisa a temática mencionada a partir das experiências dos municípios da área metropolitana de Buenos Aires (anel urbano em torno da capital da Argentina), tendo como caso de estudo o município de General San Martín.

Palavras-chave: Políticas Sociais. Gestão Local. Articulação Interjurisdiccional. Política de Saúde. Programas assistenciais

Los procesos de descentralización de servicios y programas sociales operados en la última década y media, así como la creciente relevancia del espacio local como ámbito de acumulación política, han jerarquizado la importancia del nivel municipal como lugar político y gestor. Es en ese nivel en el cual más apremia abordar hoy la pregunta sobre la calidad de la capacidad de gestión estatal en la implementación de políticas públicas. En tal sentido, el análisis de la implementación de políticas sociales en el caso señalado permitirá conocer acerca de las capacidades organizacionales y políticas municipales, así como sobre las relaciones intergubernamentales que se articulan en torno a la ejecución de las políticas. Este último aspecto es nuestro interés principal.

Los procesos señalados remiten a la necesidad de comprender la relación que se establece entre política y gestión pública en el ámbito local, ya que las lógicas de la acumulación política municipal se redefinen ante la relocalización del lugar de las demandas sociales y, por ende, la creciente constitución del territorio como espacio de legitimación. En este contexto, los programas sociales se instalan en un campo de fuerzas que los constituye en recursos disputables como estrategia de poder y realización de intereses de diversos actores (Chiara y Di Virgilio, 2005). Además, la transferencia de funciones plantea nuevas tensiones y exigencias a las frágiles capacidades de gestión de los municipios.

Si bien en el caso de los servicios sociales la descentralización ha significado la transferencia de competencias fundamentalmente a la jurisdicción provincial, en el caso de salud este proceso también ha tenido impacto en términos de profundizar la estrategia de municipalizar el nivel de atención primaria, buscando la articulación de los planes locales de salud con el sistema provincial. El papel de los municipios en la ejecución de los programas sociales de corte asistencial se vuelve todavía más evidente.

El presente artículo se inscribe en una investigación mayor que analizará comparativamente distintos municipios ubicados en el conurbano bonaerense (el conjunto de municipios que rodean la capital argentina). Como avance inicial de esa investigación de mayor alcance, este artículo presenta el primer estudio de caso, consistente en el análisis de la gestión de políticas sociales en el municipio bonaerense de San Martín, en especial el modo de articulación interjurisdiccional (con Nación, Provincia y otros municipios) que se plantea. En tal sentido, luego de una serie de consideraciones generales sobre el modo en que se construye la cuestión social en San Martín como problema público, profundizaremos

en el análisis del despliegue de las políticas sociales del municipio, tanto en el área de salud como en la de los programas asistenciales.

La cuestión social en el municipio de San Martín

Según el censo de 2001, el municipio de General San Martín tenía una población de 405.122 habitantes, que habrían llegado a 416.971 en 2005, si se recalcula tomando el índice utilizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para la provincia de Buenos Aires (Secretaría de Salud de Gral. San Martín, 2007). De acuerdo con sus indicadores sociales y económicos, San Martín se ubica en el área denominada por la metodología de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) como Conurbano 2¹. En el momento más álgido de la crisis posterior al 2001, en el Conurbano 2, el 54,3% de las personas cayeron por debajo de la línea de pobreza (mayo 2002, Dirección Provincial de Estadísticas de Provincia de Buenos Aires, Fuente: INDEC). Considerando específicamente el municipio de San Martín, en 2001 el nivel de población con necesidades básicas insatisfechas era de 13%. Según estimaciones de la Secretaría de Salud del municipio luego de la crisis posterior al 2001, el nivel de NBI podría haberse incrementado hasta el 18,5%². De acuerdo con el censo 2001, el porcentaje de la población del municipio que tenía como única cobertura de salud al hospital público alcanzaba el 48,3%.

Pero los promedios de un distrito no permiten capturar la complejidad de una estructura social, y más aún cuando ésta se caracteriza por una considerable heterogeneidad definida, incluso, espacialmente, como en este caso, por el límite que marca la Av. Márquez (actualmente: Brig. Juan Manuel de Rosas). La llamada zona del Reconquista, el área

-
- 1 De acuerdo con esta clasificación, el Conurbano está subdividido en cuatro zonas definidas en base a un criterio de homogeneidad de ciertos indicadores sociales y económicos. Los municipios que componen el Conurbano 2 son, además de San Martín, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Avellaneda y La Matanza I.
 - 2 Esta estimación se basa en considerar que, en San Martín, el Plan Vida tenía bajo su cobertura, en junio de 2006, a 15.297 familias (NBI) con niños de menos de seis años. Considerando que estas familias tienen un promedio de cinco integrantes, esto daría un total de población en condiciones de NBI de 76.485 habitantes, esto es, el 18,5% de la población total del municipio (*Hospital 2010, Plan Estratégico*, Secretaría de Salud, Municipalidad de Gral. San Martín, 2007).

circunscripta entre la Avenida Márquez y el río Reconquista (límite oeste del municipio), presenta peores indicadores sociales y concentra a gran parte de la población socialmente más vulnerable del municipio, fundamentalmente en los asentamientos en el área de la Coordinadora Ecológica del Área Metropolitana Sociedad del Estado (CEAMSE). Si bien San Martín presenta también otras áreas periféricas caracterizadas por la vulnerabilidad social, tanto al norte como al sur de la llamada zona central del municipio, es el área del Reconquista la que aparece como:

“La más aislada del Partido (municipio), coadyuvando a la reproducción ampliada del aislamiento de los más pobres. El *capital espacial* con el que cuentan sus pobladores es mínimo, por falta de servicios cloacales, agua potable, luz eléctrica, recolección de basura, absoluta precariedad de la vivienda, entramado de calles, establecimientos educativos, esparcimiento, espacios verdes, desagües pluviales y todo otro elemento de las sociedades y ciudad centrales (Álvarez y Lulita, 2003: 12)

Mapa 1. Municipio de General San Martín³.



Si consideramos la heterogeneidad desde el punto de vista de la cobertura de salud, tendríamos que mientras en Villa Ballester y la zona centro de San Martín, entre el 50% y el 60% de la población tiene obra social, en la zona del Reconquista, en cambio, el 60% de la población sólo tiene la cobertura del hospital público (datos de la Secretaría de Salud de Gral. San Martín, entrevista 3). Según Álvarez y Lulita (2003), en la zona más postergada del área Reconquista (Villa La Cárcova, por ejemplo) hasta el 70%

3 La preparación del mapa estuvo a cargo de España Verrastro.

de la población carece de cobertura de seguro de salud⁴. También otros indicadores sociales confirman la marcada heterogeneidad que caracteriza al municipio de San Martín. En 2001, el índice de desocupación del municipio era de 18,5, mientras que en la zona más postergada del Reconquista, la desocupación estimada era del 30% (Álvarez y Iulita, 2003: 13).

San Martín presenta una estructura socioeconómica, así como una distribución poblacional en su territorio que favorecerían una *construcción política* de la cuestión social, sesgada a considerar que la recuperación del círculo virtuoso de crecimiento económico-incremento del trabajo formal-expansión de la cobertura social podría resultar una solución en sí misma. La condición de polo industrial en fuerte recuperación fortalecería esa visión⁵, ya que la industria ha sido uno de los sectores que más trabajo formal crea proporcionalmente (Beccaria, 2007: 377), y como, al mismo tiempo, San Martín no es una *ciudad dormitorio*⁶, el ciclo antedicho se cumple dentro del propio territorio, lo que brinda una fuerte base y potencial legitimador a la idea de *desarrollo productivo con inclusión social*,

-
- 4 Es probable que las estimaciones presentadas sean considerablemente optimistas. Pues si la población del área, además de situaciones de desempleo abierto, se caracteriza por la informalidad laboral, junto con la relativamente baja presencia de mayores de 65 años (8% según Álvarez y Iulita, 2003), lo que no hace presuponer alguna cobertura significativa del PAMI (programa de cobertura de salud para los jubilados), resulta razonable conjeturar que la casi totalidad de la población depende exclusivamente de la cobertura pública.
 - 5 En los años recientes (2003-2008), San Martín ha acompañado el fuerte crecimiento económico del país, con la recuperación industrial como principal factor dinamizador. En el municipio, la tasa de empleo industrial ha duplicado la del nivel nacional. Entre 2003 y 2005, la ocupación creció un 35%, mientras que el personal ocupado por establecimiento creció un 15%. Ello representa una fuerte creación de nuevas industrias (el 20% en los últimos años). También se observa un significativo desarrollo de las pequeñas y medianas industrias (Universidad Nacional de San Martín y Municipalidad de Gral. San Martín, 2005). Uno de los funcionarios entrevistados sostuvo: “la industria tracciona notablemente, es un eje de desarrollo. Si tengo que decir como está hoy San Martín (2007) digo que no escapa a la generalidad, está con buenas expectativas en lo económico, justamente por esa tracción de la industria” (Entrevista 2).
 - 6 Dado los significativos sectores industriales y comerciales que caracterizan al municipio, es válido considerar que una parte importante de su población encuentra trabajo en el propio municipio.

entendido como una secuencia relativamente automática. En un contexto de este tipo no siempre puede lograrse un fuerte consenso dentro de la propia gestión en la definición de la agenda de gobierno, respecto a cuánta prioridad dar a las iniciativas de política pública, en términos, sobre todo, de programas asistenciales. En parte del gabinete de la actual gestión podría adherirse a “la idea de que si se genera trabajo, Desarrollo (Social) tendría que desaparecer” (Entrevista 4).

La gran mayoría de la población se ubica en el área definida entre la Av. Gral. Paz y Av. Márquez, siendo también la parte de la población sanmartinense más integrada socialmente y en mejores condiciones de aprovechar las oportunidades del crecimiento. Como es obvio, aun a pesar de las periferias de vulnerabilidad social que también presenta al norte y sur, es en esta zona “integrada” de San Martín donde se concentra el mayor caudal electoral y potencial contributivo. En la zona del Reconquista, en cambio, los indicadores sociales de la población decrecen en forma notoria, presentando altos niveles de exclusión, especialmente los asentamientos en el área del CEAMSE. Esta zona no sólo presenta una menor cantidad de habitantes, sino que también algunas características de la población —sobre todo, en el área de asentamientos—, tales como indocumentación o falta de domicilio en el municipio, disminuyen aún más su potencial electoral⁷. Esta distribución relativa de la población tiende a configurar incentivos electorales para los actores políticos territoriales que no parecen ser los más adecuados para priorizar sostenidamente en la agenda de gobierno las intervenciones públicas en el área del Reconquista.

Aunque resulta válido establecer una relación insoslayable entre recuperación del mercado de trabajo y expansión de las coberturas sociales, cabe reconocer que —aun bajo el supuesto más optimista de retorno al pleno empleo formal— esta relación plantea un problema intertemporal, cuya gestión remite a la necesidad de priorizar acciones en el área de los programas asistenciales. Es en el modo en que se ha venido gestionando políticamente esa brecha intertemporal en el municipio de San Martín, en que parece observarse un predominio estratégico de

7 Algunos funcionarios municipales entrevistados señalan que la población de San Martín ha tenido un crecimiento muy fuerte en los últimos años, y probablemente subregistrado en el censo, a consecuencia de la expansión de los asentamientos. Al mismo tiempo, destacan que entre la nueva población abundan las situaciones señaladas en el texto: indocumentación y/o migración reciente sin fijación de domicilio en el distrito.

quienes confían casi exclusivamente en la dinámica del mercado de trabajo. Recién en 2004 se elevó al rango de secretaría el área de Desarrollo Social. Si los cambios en la estructura estatal reflejan las prioridades de política pública, cabe resaltar que la jerarquización institucional del área encargada de las acciones de intervención social directa se demoró hasta después que la crisis posterior al 2001 tuviera el mayor impacto.

No puede desconocerse que la agenda de gobierno de la primera gestión del actual intendente (1999-2003) estuvo dominada por lo que en clave hirschmaniana se llaman *problemas impuestos*; en este caso, remontar la grave situación financiera heredada por el municipio. Sin embargo, una vez superada la situación de emergencia, que permitiría una mayor autonomía política de la gestión para definir su propia agenda de *problemas escogidos* y no sólo impuestos (Hirschman, 1981), se siguieron observando significativas demoras en la priorización de ciertas acciones en el área social. Por ejemplo, la demora en desplegar mayor voluntad política para remover obstáculos y acelerar la transición hacia la implementación en el municipio de los programas Familias y el Seguro de Capacitación y Empleo, que se demoró considerable tiempo.

Ambos programas representan la transición desde el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. Los beneficiarios del *Plan Jefes* pueden optar voluntariamente por incorporarse a estos nuevos programas. La selección de los beneficiarios consiste en criterios de empleabilidad y vulnerabilidad. En el primer caso, quienes presentan mayores condiciones de empleabilidad son incorporados al Seguro de Capacitación y Empleo. De acuerdo con el segundo criterio, los beneficiarios son incorporados al programa Familias, donde la jefa de familia recibe un subsidio por cada hijo en edad escolar, obligándose a cumplir con los controles sanitarios y la asistencia escolar de los niños. El programa Familias es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, mientras que el programa del Seguro de Capacitación y Empleo es gestionado por el Ministerio de Trabajo de la Nación y plantea a los municipios, como requisito básico para su implementación, disponer de una Oficina de Empleo. En 2005, el Ministerio de Trabajo de Nación había seleccionado al municipio de San Martín para que implementara la primera oficina de empleo del programa. Hacia la segunda mitad de 2008, ya había en funcionamiento 257 oficinas de empleo en todo el territorio del país, pero el municipio de San Martín todavía no tenía operando la suya.

Señalar la importancia que puede tener el ejercicio o la ausencia de liderazgo en situaciones como la descrita no parece ser una hipótesis desencaminada, si se considera que no estarían operando restricciones

de otro tipo: los programas señalados son financiados por la Nación y, por lo tanto, representan financiamiento adicional para el municipio. Es decir, que acelerar la implementación de los programas no estaba directamente afectada por la restricción presupuestaria municipal. Si consideramos que en el ciclo de las políticas públicas (sociales) los municipios cumplen básicamente el rol de implementadores, además de reconocer el fuerte peso relativo e inercial que mantienen las *funciones tradicionales* en sus presupuestos (Vallarino, 2008), entonces el modo más apropiado de analizar cuáles son las prioridades de política por las que se inclinan parece ser, más que observar la evolución presupuestaria, considerar con cuánta voluntad política y capacidad de gestión asumen la ejecución de programas, por lo general formulados por otras instancias jurisdiccionales. Por otra parte, el municipio de San Martín también acredita suficiente experiencia y capacidades técnicas para gestionar programas de articulación entre demanda laboral y capacitación de la fuerza de trabajo aun en la propia área Empleo y también en el área de Coordinación de Proyectos, aunque a una escala operativa menor. Este es un *know how* que podría haber sido aprovechado en la implementación de los programas.

Finalmente, cabe resaltar otro aspecto que singulariza los desafíos a los que se enfrenta la gestión de la política social en el municipio de Gral. San Martín. El área de mayor vulnerabilidad social del municipio, es decir, el núcleo central de los asentamientos ubicados en la zona del CEAMSE (Villa La Cárcova, por ejemplo), representa la superposición crítica entre cuestión social y cuestión ambiental. Los testimonios consultados son elocuentes a través de las imágenes que utilizan: “la gente vive en medio de la basura”, “las napas están contaminadas”, “hay informes ambientales que avalan de que ahí no puede vivir gente”. Esto coloca a la gestión municipal de política social en la paradoja de contribuir a “fijar” a la gente en un territorio estructuralmente incompatible con una aceptable calidad de vida, mediante la prestación de servicios y la distribución de planes asistenciales. La solución más adecuada, desde el punto de vista de una política de desarrollo social, sería reubicar a la población en zonas verdaderamente habitables, pero esto excede las capacidades de un municipio que carece de tierras disponibles y remite a la necesidad de que intervengan instancias supralocales (nación y/o provincia).

La política de salud en el municipio de San Martín

La oferta prestacional pública en San Martín está constituida por tres hospitales, uno de los cuales, el Eva Perón (ex Castex), es de jurisdicción provincial y de alta complejidad. El otro hospital de nivel provincial es el Manuel Belgrano, mientras que el Diego Thompson es de jurisdicción municipal. Ambos hospitales son de mediana complejidad. Junto con esta estructura hospitalaria, en el municipio hay dos efectores que reciben la denominación de *hospital local*, pues tienen una guardia médica, clínica y pediátrica de 24 horas, y disponen de algunas camas para pacientes en observación. Además, el municipio dispone de una infraestructura de 17 centros de salud para la atención primaria, incluyendo los dos establecimientos antedichos. El municipio también dispone de dos establecimientos especializados; uno en salud mental, que funciona como hospital de día, y otro como instituto de rehabilitación psicofísica. El número de camas públicas en el municipio asciende a alrededor de 900, incluyendo los tres hospitales (dos provinciales y uno municipal). El número de camas en el sector privado en el distrito duplicaría ese número (Entrevista 3).

Con respecto al presupuesto de la Secretaría de Salud municipal, el monto previsto, para el año 2007, era de 49 millones de pesos, lo que representaba algo más del 22% del presupuesto general del municipio. La Secretaría tiene una dotación de personal de 1.500 empleados en el conjunto de sus áreas y establecimientos. De los cuales, 528 son profesionales (médicos, kinesiólogos, psicólogos), 230 enfermeras y alrededor de 190 técnicos (radiólogos, laboratoristas, etc.). Es decir que alrededor de dos tercios del personal son profesionales, paramédicos y técnicos, y el resto es personal administrativo, de mantenimiento y maestranza. Todos los recursos humanos enumerados tienen pertenencia municipal. Los no profesionales se rigen por la Ley provincial 11747, que establece el estatuto del empleado municipal y, en el caso de los profesionales de la salud, están comprendidos en una Ordenanza de 1995, que establece el régimen de carrera: ingreso, ascenso y escala salarial.

Desde la Secretaría de Salud de San Martín se entiende al plan de salud municipal en armonía con el programa sanitario provincial y nacional. La idea de sistema de salud municipal no supone, desde el punto de vista de la gestión local, un programa de salud autónomo y desarticulado, sino la posibilidad de articular estrategias “dentro de lo que es el plan federal, y algunas acciones que tiene la provincia de Buenos Aires, que nosotros podamos mejorar algún aspecto localmente, porque en reali-

dad somos los efectores, estamos en forma directa con la comunidad, pero no nos estamos contraponiendo a nada que haga la provincia o la nación” (Entrevista 3). Las acciones que podrían reflejar cierto grado de autonomía municipal consisten, fundamentalmente, en énfasis propios en el fortalecimiento de algunos programas. Así ocurrió con programas de nivel provincial, como el de tuberculosis y diabetes, a los cuales se les dio mayor impulso desde el municipio porque se los consideró no suficientemente desarrollados. Durante el 2005/06 se incorporaron acciones en prevención (hábitos saludables, hipertensión arterial, obesidad) que, según la Secretaría de Salud municipal, todavía no las había desarrollado la provincia. La existencia de una oferta hospitalaria de jurisdicción municipal, consistente en el hospital de mediana complejidad (Thompson) y en los dos *hospitales locales* (Marengo y Fleming), ha permitido a la Secretaría de Salud disponer de cierta autonomía para planificar el funcionamiento del plan de salud local, estructurándolo en tres áreas de influencia (Reconquista, Centro Nordeste y Centro Oeste), teniendo a cada uno de los hospitales como el centro nodal al que refieren los centros de salud de la respectiva área programática.

El sistema de salud de San Martín y su interacción con provincia, nación y otros municipios

Desde 1965, con la sanción de la Ley 7016, se autorizó al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires a dividir el territorio provincial en distintas *regiones sanitarias*. En la actualidad, el sistema de salud provincial se organiza en una estructura central y once regiones sanitarias bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El nivel provincial se ocupa, prioritariamente, de normatizar, planificar, coordinar, así como de funciones de control y evaluación del servicio de salud. Junto con esto, también se encarga de la operación de una importante estructura hospitalaria propia y, además, del apoyo a los servicios del nivel municipal. Los municipios también ejecutan acciones en materia de salud y poseen establecimientos de media y baja complejidad. En la evolución del sistema ha prevalecido una progresiva tendencia a la descentralización funcional o desconcentración: desde la transferencia de funciones ejecutivas a regiones sanitarias creadas al efecto hasta la transformación de los hospitales en entes descentralizados. En las últimas dos décadas, el proceso de descentralización funcional ha marchado paralelo

al despliegue de una lógica de descentralización jurisdiccional, tratando de fortalecer la autonomía y las competencias del nivel municipal en el desarrollo de acciones de salud. La alusión a esta estrategia es la que busca ser capturada con denominaciones tales como *sistemas municipales de salud*.

Las funciones de cada región sanitaria son: ejecutar en sus respectivas áreas de influencia los planes de salud definidos por el Ministerio. Además, coordinar y controlar la ejecución de los programas vigentes y el uso de los recursos sanitarios del área con los de otros niveles jurisdiccionales o del ámbito privado. En cada región están diseñados los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los distintos efectores. Desde la perspectiva del municipio, la región debería constituir un centro organizador con la escala adecuada para optimizar el funcionamiento del sistema de salud, coordinando la utilización de los recursos en red. Es decir que el proceso de regionalización implica la existencia de una institucionalidad formal dirigida a regular —a escala de varios municipios— los mecanismos de coordinación y de articulación interjurisdiccional, tanto verticales (con Provincia), como horizontales (con otros municipios).

El municipio de San Martín pertenece a la región sanitaria V⁸, y al presentar una infraestructura prestacional diversificada, tanto por la pertenencia jurisdiccional de sus efectores como por los niveles de complejidad de éstos, resulta un espacio de registro adecuado para analizar la práctica real de la institucionalidad formal consagrada en la regionalización sanitaria de la provincia. Desde la Secretaría de Salud del municipio de San Martín la visión sobre el funcionamiento real de la regionalización dista de convalidar las previsiones de la teoría:

“La realidad de hoy marca que las regiones sanitarias no cumplen la función debidamente que deberían cumplir, el rol que deberían cumplir. Si hay una región sanitaria, que es la que debería organizar todo el sistema, yo no tendría problema de trasladar a un paciente al hospital Eva Perón (provincial), si el paciente tiene una patología que necesita esa complejidad, o al (hospital de) San Isidro. Hoy, en realidad, si tenemos algún paciente crítico que necesita la complejidad del Eva Perón es muy difícil, en forma directa, trasladarlo al Eva Perón. No sé las demás regio-

8 Esta región sanitaria está integrada por 14 municipios de la provincia de Buenos Aires. Además de Gral. San Martín, ellos son: San Isidro, San Fernando, Vicente López, San Miguel, Tigre, Zárate, Pilar, Moreno, Malvinas Argentinas, José C. Paz, Campana, Escobar y Exaltación de la Cruz.

nes, pero en nuestra región la problemática no solamente la tiene San Martín, la tienen todos los municipios” (Entrevista 3).

Estas situaciones obligan a los municipios a tratar de resolver mecanismos de derivación de pacientes mediante convenios entre ellos, cuando debería funcionar automáticamente el sistema de referencia y contrarreferencia diseñado en cada región sanitaria⁹.

El déficit de capacidad que impide a la región cumplir con sus objetivos no radica en la ausencia de marco normativo, sino en la falta de cumplimiento efectivo de éste. Si bien en determinadas circunstancias esto se debe a la sobrecarga de los servicios, también obedece a un persistente déficit de capacidad política, emergente de las relaciones de poder que atraviesan al sistema público de salud provincial y que se conectan con los intereses de los actores corporativos más directamente vinculados al sistema. Un déficit de capacidad política que se manifiesta, también, en la tolerancia de la provincia a políticas de municipio “cerrado” respecto a no aceptar pacientes de otros municipios (Ej: San Isidro y, en menor medida, Vicente López). Pero se destaca la fuerte influencia de la penetración de intereses corporativos en la propia estructura hospitalaria, especialmente de la corporación profesional médica. La consecuencia de ello implica un ministerio de salud provincial, y consiguientemente las autoridades de la región sanitaria, que se muestran impotentes para disciplinar la autonomía de ciertos hospitales provinciales, los cuales resisten la articulación de los sistemas de referencia y contrarreferencia con los demás hospitales provinciales y todavía más con los de jurisdicción municipal. Además, la penetración corporativa habilita diversos negocios particulares y dificulta el desarrollo de acciones de mejora de la atención sanitaria aun en el ámbito municipal. Un ex funcionario político de San Martín relata el siguiente caso:

“Nosotros compramos un mamógrafo espectacular en el hospital, pero la mujer del presidente de la Asociación de Médicos, en su clínica,

9 A mediados de 2007, el municipio de San Martín se encontraba gestionando con el de San Isidro un convenio, tratando de aprovechar la mayor complejidad que tiene éste fundamentalmente en pediatría. Esta necesidad surgía de que el hospital de máxima complejidad y de jurisdicción provincial que tiene San Martín (Eva Perón) tiene restricciones en cuanto a disponibilidad de camas en terapia neonatal y pediátrica. Esto ocasiona que pacientes pediátricos de terapia intensiva deban ser trasladados a partidos lejanos, generalmente de zona Sur o a La Plata, mediante el sistema de emergencia de la provincia de Buenos Aires.

tiene un mamógrafo, entonces desde el hospital derivaban todo a ese lugar. No nos dejaron hacer funcionar el mamógrafo, que está desde hace poco” (Entrevista I).

La “feudalización” de la estructura hospitalaria provincial debilita el poder de la región sanitaria y afecta los mecanismos de coordinación. En sentido contrario, un fortalecimiento del poder de las autoridades regionales —director general y directores asociados—, tal como el previsto en el marco regulatorio de la regionalización, disciplinaría las resistencias de las direcciones hospitalarias e implicaría un avance sobre la autonomía de la corporación médica en el ámbito provincial.

El buen funcionamiento de la regionalización sanitaria presupone también una clara división de funciones entre la jurisdicción provincial y la municipal. En el sentido de concentrar todo lo que sea máxima complejidad en el nivel provincial y, al mismo tiempo, la atención primaria en el nivel municipal. Sin embargo, la competencia política entre las jurisdicciones puede desvirtuar esta distribución, lo que ocasiona la superposición de funciones. Esto se manifiesta en el caso de San Martín, cuando en el hospital provincial de máxima complejidad (Eva Perón) se hace una fuerte inversión para construir cuarenta consultorios de atención primaria. Para el mismo funcionario político ya citado, eso se hace: “porque sirve políticamente, entonces traen a toda la gente a atender a esos consultorios cuando es un hospital de complejidad y se empieza a superponer funciones” (Entrevista I). El resultado último del mal funcionamiento de la región sanitaria es la irracionalidad en la asignación de los recursos¹⁰.

Las relaciones con otras jurisdicciones se despliegan también mediante la implementación en el municipio de programas de salud de nivel nacional o provincial. Por ejemplo, programas como *Médicos de cabecera*, *Médicos del seguro público* (provinciales) y *Médicos comunitarios* (nacional). La implementación local de estos programas supramunicipales implica la incorporación de recursos adicionales a las acciones de salud municipales, pues el financiamiento de los profesionales es competencia de las otras jurisdicciones, con fondos provenientes, por lo general, del crédito

10 El hospital municipal Diego Thompson se encuentra a nueve cuadras del hospital provincial Eva Perón, el cual tiene tomógrafo. Como consecuencia del mal funcionamiento de la red regional, la Secretaría de Salud de San Martín contemplaba, a mediados de 2007, la posibilidad de incorporar, en forma directa o mediante servicio tercerizado, un tomógrafo al hospital Thompson para poder garantizar la prestación a los pacientes.

externo. Estos profesionales desarrollan sus actividades en los centros de salud o, según el programa, en sus propios consultorios.

El plan *Médicos comunitarios* es el de implementación más reciente, con pocos años de duración, y refleja una estrategia dirigida desde la autoridad sanitaria nacional al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria. Dentro de la misma lógica se implementa el plan *Remediar* (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que sólo tiene la cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población. Desde el municipio de San Martín se percibe que la articulación con Nación a través de los programas de ese nivel no presenta problemas de ejecución: llegan los recursos adecuadamente, e incluso definen espacios en que el municipio puede desarrollar mayor autonomía. Así, por ejemplo, en el programa de *Médicos comunitarios* el reclutamiento de los profesionales estuvo a cargo del propio municipio, mediante un llamado público y abierto con evaluación de currículos y entrevista personal. Respecto a los programas provinciales, que tienen más tiempo de ejecución, en cambio, la selección de los profesionales ha sido competencia de la provincia.

Independientemente de su pertenencia jurisdiccional, sea nacional o provincial, el modo de financiar los recursos de este tipo de programas u otros, como el plan para diabéticos provincial *Prodiaba* por ejemplo, replantean la cuestión sobre cuánta es la descentralización real que se opera hacia los niveles locales. Desde la perspectiva del municipio, lo más adecuado para optimizar la asignación de recursos, ya sea la contratación de profesionales o la compra de drogas o distintos insumos, sería que el presupuesto del programa se derive hacia los municipios y que éstos se responsabilicen por la obtención de los recursos, al mismo tiempo que las jurisdicciones supralocales se reservarían el control y auditoría de las acciones de salud municipales. Según esta visión, la actual estrategia de mantener centralizadas las compras o el pago a los profesionales tiende a ocasionar una congestión periódica del sistema, en términos de problemas licitatorios en el nivel provincial o simple falta de previsión. Las demoras y carencias que se derivan de los distintos cuellos de botella, y la consiguiente disputa entre municipios que pugnan por acceder a los recursos, pueden constituir puertas de entrada a la facciosidad política, resolviéndose la asignación en base a un criterio de discriminación

por afinidad política¹¹. En los programas en que otro nivel jurisdiccional provee el recurso humano (Seguro Público, Médicos de cabecera, Médicos comunitarios) se superponen *de facto* distintos regímenes en la administración del personal. Esto puede ocasionar cierto nivel de conflicto cuando profesionales, laboralmente dependientes de jurisdicciones supramunicipales, deben adaptarse en la práctica a las condiciones del ámbito municipal, derivando en una suerte de doble pertenencia que dificulta mecanismos de coordinación.

Detectando déficit de capacidades en la gestión de la política de salud

Desde el punto de vista de la política de salud, el municipio de San Martín comparte ciertos déficits de capacidades con otros municipios, en especial los del Conurbano bonaerense. Algunos de estos déficits son rasgos comunes emergentes de la problemática del sistema de salud argentino, mientras que otros son derivados de la organización del sistema de salud provincial. El principal déficit, en términos de reglas de juego formales, lo constituye la necesidad de actualizar la ley de coparticipación municipal por salud de la provincia de Buenos Aires. La superación de esta brecha de capacidad legislativa permitiría, además, mitigar el déficit de capacidad en términos presupuestarios, pues mejoraría la asignación de recursos a favor de los municipios del conurbano, que hoy están perjudicados frente a los municipios del interior de la provincia. Mientras los municipios del conurbano reciben un porcentaje muy bajo por coparticipación del presupuesto de salud, hay municipios del interior de la provincia donde el monto por coparticipación puede representar hasta el 120% de su presupuesto de salud. Por otra parte, el régimen de coparticipación para la finalidad salud, que es de 1958, incluye un coeficiente de imputación que ya no se ajusta a la lógica del actual modelo sanitario. Genera incentivos más propios de una medicina curativa antes que preventiva. En lugar de

11 En el caso del programa que atiende al paciente diabético (Prodiaba), en varias oportunidades la gestión municipal de San Martín ha tenido que comprar con recursos propios los medicamentos e insumos para proveer a los beneficiarios, debido a las demoras y faltantes en la entrega de la Provincia. Según el funcionario de la Secretaría de Salud municipal entrevistado: “sabemos que otros municipios que tienen otro color político este problema no lo tienen” (Entrevista 3).

incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente.

Otro déficit de capacidad importante a nivel de reglas de juego formales es, como ya hemos visto, la falta de cumplimiento efectivo de lo establecido en la regionalización sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Este déficit expresa otra brecha de capacidad importante en términos de relaciones interinstitucionales, básicamente de tipo interjurisdiccional, pero que también se vincula con las redes políticas que se articulan en torno al sistema de salud provincial y que dificultan la generación de capacidad inter/intramunicipal para operar acciones en salud.

En términos de déficit de capacidad en recursos humanos, el municipio comparte un rasgo común con el sistema de salud público nacional: tiene escasez de enfermeras, especialmente de formación profesional. Los mejores sueldos del sector privado han servido para captar un buen número de enfermeras profesionales. El sistema de salud público municipal dispone de 230 enfermeras, de las cuales alrededor de 40 son enfermeras profesionales (solamente 7 con licenciatura) y el resto son auxiliares de enfermería (Entrevista 3). El municipio desarrolla acciones de capacitación para mejorar el perfil de su plantel de enfermeras. Ha articulado con la provincia para capacitar en el marco de la Escuela de Enfermería del hospital Eva Perón y también ha establecido convenios con universidades privadas para desarrollar una carrera de enfermería adecuada, especialmente para capacitar a las auxiliares y favorecer que las enfermeras profesionales del municipio completen la licenciatura. El propósito último es abrir la carrera a la comunidad con el objetivo de incrementar el personal de enfermería del municipio.

Con respecto al personal profesional, el principal déficit es de tipo cualitativo y es emergente de un problema del conjunto del sistema de salud, y de variables, en gran medida, exógenas a éste y más aún al nivel municipal. Esto es, la formación orientada hacia la medicina curativa que los médicos han recibido en la universidad, que ya no resulta compatible con una estrategia sanitaria que profundiza acciones en prevención y atención primaria. También sobre este punto, el municipio desarrolla algunas acciones para sensibilizar hacia otra orientación al profesional, pero es obvio que el perfil problemático se origina por la intervención de variables (currícula universitaria) que escapan a la posibilidad del nivel municipal de operar

sobre ellas. La Secretaría de Salud municipal ha organizado cursos para directores de centros de salud, para profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales ligados a la prestación sanitaria, dirigidos a capacitar en la gestión de la atención primaria y la prevención. El municipio también ha informatizado en red toda la estructura prestacional bajo su jurisdicción. Ello ha incrementado la necesidad de capacitación para el personal administrativo, especialmente en informática. Luego de una etapa en que la demanda de capacitación se tercerizó a través de otras instituciones, en 2006 se creó una dirección de capacitación en el ámbito de la Secretaría para atender la demanda específica del propio personal.

Por último, entre los déficits de capacidad en recursos humanos, cabe señalar que las reglas que regulan la selección de los cargos de director de hospital y de centro de salud no generan los incentivos adecuados para profesionalizar integralmente la carrera hospitalaria en el municipio. Los directores del hospital y de los centros de salud locales son designados políticamente, no siendo una selección por concurso. La posibilidad de modificar esta regla se halla bajo control del municipio.

Hasta aquí hemos analizado capacidades institucionales desde una perspectiva interna al Estado. Sin duda, la existencia de un aparato burocrático relativamente aislado, autónomo y competente es una precondition básica para la realización de las capacidades estatales. Pero también es necesario, para una efectiva intervención estatal, que el Estado se encuentre imbricado en una red de relaciones con distintos grupos sociales. La intervención del Estado en determinada arena pública es facilitada si se cuenta con la cooperación de los actores sociales, pues este apoyo fortalece las condiciones para implementar las políticas y, además, nos muestra el tipo de relaciones que se definen entre Estado y sociedad civil. Y esto remite a lo que llamamos la dimensión relacional o política de las capacidades estatales (Alonso, 2007).

En este sentido, el área de salud del municipio se relaciona con distintas organizaciones de la sociedad civil para facilitar la implementación de programas de salud. Así ocurre con sociedades de fomento, clubes barriales, instituciones religiosas y varias Ongs. Por ejemplo, para la implementación de programas como “Médicos comunitarios” y “Médicos de Cabecera” en los barrios de la zona del Reconquista, los locales donde los médicos concurren a prestar servicios pertenecen, en muchos casos, a ongs. En este marco de relaciones con la comunidad, el municipio capacita, anualmente, entre 90 y 95 promotores de salud, quienes operan como multiplicadores en los diferentes barrios. En muchos casos, estos promotores son beneficiarios

de planes sociales como el Jefes y Jefas. De ahí que estas actividades puedan servir también como indicador de un trabajo intersectorial, entre distintas áreas del propio municipio (Salud y Desarrollo Social).

Sin embargo, el sistema municipal de salud no logra articular sinergias positivas con otros actores de la sociedad civil que detentan recursos significativos (organizacionales y de conocimiento experto) para la implementación de las acciones públicas de salud. Desde el municipio se reconoce que “con el colegio médico no tenemos prácticamente ninguna actividad en este momento” (Entrevista 3). Esta situación parece ser el resultado de una prolongada historia de conflictos entre el municipio y el colegio médico¹², así como un emergente de la cooptación corporativa que afecta, como ya vimos, a la estructura hospitalaria de la provincia. Los procesos de descentralización no sólo redistribuyen poder a través de la estructura estatal, también alteran la escala de la escena política y, por lo tanto, fortalecen a actores corporativos cuyos recursos de poder adquieren mayor impacto en el espacio subnacional. Las autoridades locales resultan más vulnerables a la capacidad de chantaje y presión de ciertos actores sociales. El repertorio de recursos disponibles puede incluir, por ejemplo, desde la amenaza de perder la matrícula al médico devenido funcionario local o la anulación de la jubilación correspondiente a la caja profesional si éste sostuviera lineamientos de política poco compatibles con los intereses de la corporación profesional. Estos son ejemplos tomados de la propia experiencia del municipio de San Martín en la gestión del área de salud en años recientes (Entrevista 1); además, ilustran sobre el tipo de recursos de chantaje político pertinentes e inusualmente influyentes cuando la contraparte resulta un secretario de salud municipal, y parecen menos potencialmente efectivos cuando se asciende por la jerarquía jurisdiccional estatal.

La gestión municipal de los programas sociales

La Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Gral. San Martín tiene una subsecretaría y once direcciones bajo su órbita. Cada una de

12 El colegio médico es de nivel provincial. Su sede central se ubica en La Plata (capital de la provincia de Buenos Aires) y se divide en varios distritos. San Martín corresponde al distrito 4, que también está conformado por Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre.

las cuales gestiona distintos programas y acciones en materia social. De todas ellas analizaremos más detenidamente las acciones desplegadas por la Dirección Plan Vida Solidaridad, la Dirección de Acción Social y la Dirección de Empleo. Los distintos programas tienen financiamiento de distinta procedencia, a veces combinando financiamiento provincial, nacional, municipal y, en algunos casos, financiamiento internacional.

Plan vida solidaridad o la provincia implementa a través del municipio

El origen del plan *Vida* se remonta a 1994, cuando fuera creado por la provincia de Buenos Aires. Este programa nutricional se constituyó en el más importante programa asistencial de la provincia y estuvo fuertemente vinculado, desde un principio, a la figura de la señora Hilda González, esposa del entonces gobernador Duhalde. El plan ha tenido sucesivos cambios, destacándose, especialmente, la reformulación de 2002 (a partir de entonces pasó a denominarse *Más Vida*), pero ha mantenido su condición de programa diseñado y financiado por la provincia, asignándole a los municipios un rol de control y la gestión administrativa de la implementación a nivel local.

El actual *Más Vida* se estructura en tres subprogramas. El componente originario (*Vida*) del programa sigue consistiendo en la entrega de medio litro de leche por día y por niño menor de seis años o mujer embarazada, que sean residentes en los barrios seleccionados en base a NBI por el programa. La distribución se efectúa mediante la entrega de un litro de leche día por medio. Además, los beneficiarios reciben, una vez por semana, una canasta básica de alimentos (aceite, azúcar, harina, legumbres, arroz y fideos, etc.). Desde el comienzo se buscó que las referentes barriales voluntarias (“manzaneras”) no sólo distribuyeran alimentos, sino que también contribuyeran a la conexión entre los beneficiarios y los centros de salud, de tal modo que se cumplimentaran los controles médicos necesarios. El otro componente es el *Comadres*, que consiste en la entrega de un ajuar básico para las embarazadas por cada nacimiento. A comienzos de los 2000, se incorporó también la implementación del *Seguro Público de Salud*, que prevé prestaciones médicas y odontológicas. Este cambio estuvo acompañado, también, por un intento de fortalecer el desarrollo de acciones de capacitación y de desarrollo comunitario.

Los recursos del componente alimentario (leche y canasta básica) que se entregan a los beneficiarios no están bajo control directo del municipio en ningún momento del ciclo de implementación del programa. A través de una empresa distribuidora, la provincia los hace llegar a cada barrio y son entregados a las *manzaneras*, encargadas de entregárselos a los beneficiarios del programa. No hay concentración de los productos en ningún depósito municipal, ni el municipio interviene en su distribución directa, pues está a cargo de las *manzaneras*. Mientras que para la distribución de los ajuares, la provincia deposita \$53.- por recién nacido en la cuenta del municipio y éste se encarga de gestionar la compra del producto. El componente Vida distribuye alimentos, a través de las *manzaneras* y los ajuares son entregados a través de las *comadres*.

Las *manzaneras* son voluntarias, y por lo tanto no reciben salario. En los últimos tres años se les ha venido entregando como pago por única vez \$150.- en cada diciembre y estaba previsto que también recibieran por única vez un pago de \$400.- por su colaboración en la campaña contra la bronquiolitis. Además de la entrega de la leche y la canasta básica, las *manzaneras* están encargadas también de incorporar mediante planillas a los nuevos beneficiarios del programa, así como dar de baja a los que se mudan o cambian de distrito. Esta información es cargada por el municipio en la base de datos que opera en red con la provincia. La función del municipio consiste en controlar y cargar en la red provincial (organizada en base a los barrios del plan Vida) las altas y bajas informadas por las *manzaneras*. El padrón es confeccionado con la información recogida por las *manzaneras* y el municipio, que sólo supervisa, no tiene autonomía para cargar un plan Vida fuera de la red de barrios diseñada por la provincia. No obstante, ocupa un lugar de intermediación entre las *manzaneras* y la provincia, así como está encargado de receptar las quejas de los beneficiarios y controlar en terreno la ejecución de la distribución del litro de leche y la canasta básica.

En 2007 el nivel de cobertura en el municipio de San Martín del plan *Mas Vida* era de alrededor de 24000 beneficiarios, entre niños de 0 a 6 años y embarazadas. El componente *Comadres* da cobertura a un promedio de alrededor de 150 nacimientos por mes. El total de *manzaneras* y *comadres*, entre titulares y suplentes, era de 856 mujeres. Entre ese total de voluntarias sólo 100 son a su vez beneficiarias de un plan Jefes y Jefas de Hogar. Esto mostraría que entre las voluntarias predominan mujeres de mayor edad que el promedio de aquellas con

hijos menores de edad y susceptibles entonces de recibir dicho plan (Entrevista 5).¹³

La oficina municipal encargada de la supervisión y control del programa en el distrito, la Dirección del Plan Vida Solidaridad, constituye una estructura pequeña, ya que contaba con una directora y 5 empleadas. El sostenimiento de esta estructura constituye el único compromiso presupuestario por parte del municipio en la implementación del programa. En San Martín la mayor parte de la cobertura del programa está concentrada en el área del Reconquista, especialmente en la zona de los asentamientos (Entrevista 5).¹⁴

La prestación del *Seguro Público* dentro del Más Vida, contribuyó a complejizar el programa en un doble sentido. Por un lado, el programa amplió sus alcances más allá de la distribución de alimentos. La directora a cargo del programa en San Martín percibió de este modo la incorporación del componente salud: “esto lo volvió (al programa) más interesante, porque cuando yo ingreso al programa, las manzaneras eran una especie de almaceneras que repartían comida” (Entrevista 5). A partir de la articulación con salud se desplegó toda una serie de actividades vinculadas al desarrollo de talleres que, por ejemplo, trataban temas de planificación familiar, así como se fue induciendo cada vez más al contacto con los centros de salud, expandiendo la cobertura médica y odontológica de los chicos beneficiarios. Además, tendió a refuncionalizar el rol de las manzaneras y comadres, en el sentido de contribuir como promotoras de salud a la identificación de necesidades de atención médica. Y ello es un factor que exigió la coordinación intersectorial de acciones de política social en el interior de la propia estructura municipal.

Por otra parte, la introducción del componente salud en el marco del programa genera situaciones de potencial superposición con otros programas de salud, de distinta procedencia jurisdiccional. Por ejemplo, el programa materno-infantil de nivel provincial o con el programa Nacer o aun el Médicos Comunitarios, estos dos últimos de nivel nacional. Si

13 En 2002 el Plan Vida contaba en toda la provincia con 30.400 manzaneras, 7500 comadres y tenía alrededor de un millón de beneficiarios (Ilari, Sergio, 2005).

14 Aun cuando la cobertura del Más Vida refleja la fuerte diferenciación socioespacial del municipio, la distribución de planes también abarca zonas vulnerables existentes dentro de la llamada zona central de San Martín, lo que se observa en las villas Las Ranas, La Tranquila, La Catanga, la Palmera, y en áreas de Villa Lynch y Villa Maipú (Entrevista 5).

bien es cierto que el Seguro Público extendió su cobertura hasta los 19 años de los beneficiarios, de modo de abarcar un mayor ciclo de vida que el Nacer (0-6), y que además su cobertura está focalizada en población de los barrios Vida, mientras aquél y el materno infantil son de cobertura universal, no queda claro como se articulan los diversos programas señalados de modo de evitar las superposición de esfuerzos y recursos.

Desde la perspectiva de la actual gestión municipal encargada del plan Más Vida la relación con el Ministerio de Desarrollo Social de Provincia es percibida como positiva y no conflictiva. Tampoco cuando aparecen problemas de productos faltantes en la distribución, sobre todo en la composición de la canasta básica, se alude a factores de discriminación partidaria, pues, según la propia directora municipal, son problemas compartidos aun por municipios de igual color político que la gestión provincial (Entrevista 5). No obstante, la relación armoniosa con el nivel provincial no fue la característica permanente en la historia del programa, o al menos de su implementación en el municipio de San Martín. La Dirección municipal a cargo del programa estuvo intervenida por provincia hasta el año 2000, es decir aun durante el primer año de gestión del actual intendente. A partir del año 2000 asume una nueva directora que mantiene una inhabitual continuidad de más de siete años en el cargo. Dadas las distintas funciones que el programa otorga a los actores intervinientes, el municipio queda colocado como un intermediario entre la provincia, las manzaneras y los beneficiarios, y esta articulación había entrado en crisis hacia el 2000. Según una funcionaria entrevistada:

“Cuando yo empecé era terrorífico porque era una pelea campal entre la manzanera, el municipio y la provincia. El municipio era el jamón del sándwich, porque, es cierto, la cara visible siempre son los municipios, y a su vez la manzanera con los beneficiarios. Cuando no viene la mercadería, las primeras que lo sufren son ellas”.
(Entrevista 5)

La crisis que se fue profundizando a lo largo de 2001 representó un momento de progresivo estancamiento en el desarrollo del programa. La crisis fiscal, que tuvo una fuerte manifestación en la provincia de Buenos Aires, afectó el funcionamiento del programa. Si bien ello se manifestó en menor medida en la operatoria alimentaria del programa, dificultó sobre todo las capacitaciones previstas (Ilari, 2005). La posterior recuperación

económica a partir de 2003 contribuyó a recomponer el funcionamiento del plan y tendió a superarse el principal factor de tensión entre los actores involucrados en su implementación.

La relación del municipio de San Martín con las manzanas fue recomponiéndose a medida que éstas observaron que las periódicas faltas de productos obedecía a problemas de abastecimiento desde provincia y no a problemas de discriminación política ejercida desde el municipio frente a una red de voluntarias que cargaban con una fuerte identificación partidaria opuesta al de la nueva gestión local asumida en 1999. Desde la perspectiva municipal, las tensiones con los beneficiarios fueron descomprimiéndose a medida que se fue reduciendo el margen de discrecionalidad ejercido por las manzanas frente a éstos, y que había convertido la entrega de los productos en intercambio particularista y favor personalizado. La reducción de la discrecionalidad no habría operado como producto de un rediseño formal ni de una imposición directa, sino como resultado del esfuerzo por hacer “que los beneficiarios lo percibieran como un programa social, conociendo cómo funciona, de dónde vienen los recursos y para qué son los recursos” (Entrevista 5). Ello permitió reconocer al programa en términos de derecho a una prestación, la cual no dependía del otorgamiento supuestamente discrecional de la manzana, ni tampoco responsabilizar a ésta por el faltante de productos, lo que en última instancia se originaba en el déficit de abastecimiento de la provincia. La progresiva redefinición de las interacciones entre los distintos actores permitió generar un mecanismo de control mediante ajuste mutuo entre beneficiarios y manzanas, sin necesidad de alterar drásticamente el diseño formal del programa.

La Dirección de Acción Social o el municipio como actor de la asistencia

Acción Social es el área dentro de la Secretaría de Desarrollo Social a través de la cual el municipio desarrolla acciones de asistencia social directa, combinando financiamiento de distinta procedencia jurisdiccional (nacional, provincial y municipal), y dispone de un mayor margen de autonomía para ejercer la elegibilidad de los beneficiarios de la ayuda social. Según la página web del municipio, el municipio desarrolla en esta área tres planes de tipo alimentario. Ellos son, el programa alimentario,

con fondos de Nación; el Hambre más Urgente, con fondos de provincia y el componente del Fondo de Fortalecimiento, que es un programa de origen provincial. Este programa da cobertura a 1865 personas (Entrevista 6). En los tres casos la ayuda alimentaria consiste en la entrega de productos, según una distribución por barrios con NBI o bien están dirigidos a grupos familiares en riesgo (desnutridos, embarazadas adolescentes, familias numerosas, etc.). De acuerdo a la información suministrada directamente por la funcionaria entrevistada de la dirección de Acción Social, existe también un programa denominado Barrios, financiado por el municipio. Este programa da cobertura a 4600 personas. También existe un programa alimentario dirigido a asistir a personas extranjeras con hijos argentinos.

La Dirección también desarrolla acciones de apoyo en salud, mediante la provisión de medicamentos o distintos elementos como prótesis, anteojos, audífonos, etc, a personas indigentes domiciliados en el partido y sin cobertura del seguro social de salud. Este componente es financiado en parte por provincia, a través del programa de Fortalecimiento y también por el municipio. En los hechos, según la opinión recogida en el municipio, el financiamiento municipal de las acciones desarrolladas por el área se vuelve creciente porque la entrega de lo solicitado a provincia se demora, o nunca se efectiviza, y el municipio tiene que financiarlo por su cuenta sin ninguna garantía de que se produzca el respectivo reembolso. Según la funcionaria entrevistada:

“Desde esta dirección se hacen pedidos a través de la Región Sanitaria V de, por ejemplo, audífonos para los chicos. Nos reunimos con alguien de provincia donde me dicen que van dar un equipo para medir la audición en los chicos. ¿De qué me sirve a mí medir la audición en los chicos si cuando pido un audífono no tengo? Tengo pedidos del año 2003, de la dirección anterior. Entonces veo que hay veces en las que se proyectan cosas, pero que no se terminan de cerrar, porque a mí no me sirve detectar la sordera si yo no le doy solución con el audífono (Entrevista 6).

El municipio también participa en la gestión del otorgamiento de pensiones asistenciales financiadas por Provincia, así como en el otorgamiento de pensiones financiadas por Nación para madres con siete hijos y personas con capacidades diferentes. Las condiciones de elegibilidad son verificadas mediante la intervención de asistentes sociales, que en los

hechos formulan una comprobación de medios y de la necesidad del demandante de ayuda social. El equipo de asistentes sociales del municipio ha permitido una captación y verificación descentralizada y *en terreno* de las demandas y necesidades, evitándose crecientemente la concurrencia directa de la población hasta Acción Social.

Tanto con Nación como con Provincia la relación casi excluyente del área es con los respectivos ministerios de Desarrollo Social. Desde el municipio perciben la relación con el ministerio nacional como cooperativa y no conflictiva. En cambio, en la instancia provincial, aunque no se deja de reconocer una actitud cooperativa, se observan problemas de gestión, que suelen manifestarse en las dificultades para obtener los productos que se solicitan. Además, no existe un mecanismo relativamente automático e institucionalizado para tramitar solicitudes, sino que gran parte de las solicitudes se tramitan como gestiones ad hoc y personales. “No sé cuál es el mecanismo, pero es lento. En estos cinco meses desde que estoy acá, todos los martes vamos a La Plata y hacemos seguimiento” (Entrevista 6).

La dirección de Acción Social desarrolla también interacciones con organizaciones de la sociedad civil. Esta participación tiene un carácter instrumental y no alcanza un papel decisonal. Se desarrolla en momentos en que el municipio tiene que censar necesidades. Ongs de base territorial y con amplio conocimiento de la situación en los barrios contribuyen a la detección de necesidades. No obstante, la detección debe ser avalada por el informe de las asistentes sociales del municipio.

La Dirección de empleo municipal: interactuando con nación y provincia

La Dirección de Empleo del municipio de San Martín gestiona distintos programas, tanto nacionales como provinciales. En la articulación con Nación se destacan los planes Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y el Programa de Empleo Comunitario (PEC)¹⁵. Dentro del mismo ámbito gestiona también el programa *Más y Mejor Trabajo*, que da apoyo a emprendimientos productivos asociativos, y cuya población es la que cobra

15 Este último plan es equivalente al Plan Jefas y Jefes pero sin el requisito de tener hijos menores a 18 años o discapacitados de cualquier edad.

planes sociales de empleo o está en situación de desocupados. En la articulación con Provincia se destaca el programa *Barrios Bonaerenses*, que luego de estar en el ámbito del ministerio de Trabajo pasó al de Desarrollo Social de la provincia.¹⁶

El principal desafío de gestión que enfrenta el área desde el año 2005 es la implementación de los programas Seguro de Capacitación y Empleo y el programa Familias. La implementación de ambos programas representa la transición desde el Plan Jefes y Jefas, pues está dirigido exclusivamente y de manera opcional a quienes sean beneficiarios de éste. El primero de los programas nombrados está en la órbita del Ministerio de Trabajo de Nación y el segundo en el de Desarrollo Social de la Nación. Sin embargo, hasta 2008 esta transición no estaba cumplida en el municipio de San Martín y la implementación de los dos programas seguía pendiente.

El principal requisito de contraparte que exige el Ministerio de Trabajo nacional es que los municipios posean una oficina de empleo con infraestructura adecuada, con una superficie de 200 m². Se estima que dada la población beneficiaria del Plan Jefes en San Martín por la oficina podrían llegar a pasar alrededor de 400 personas por día. El municipio también debería incrementar su dotación de personal en el área de Empleo, pasando -según estimaciones de la propia Dirección- de 10 a 25 empleados (Entrevista 7). Los requisitos planteados no parecen insalvables en el contexto de un municipio con una planta urbana caracterizada por gran cantidad de locales comerciales e industriales y con una dotación de personal superior a las 4000 personas. La funcionaria entrevistada a mediados de 2007 reconoció de que “nos atrasamos un poco en el hecho de la infraestructura, porque no conseguimos en San Martín la infraestructura adecuada, en un lugar céntrico” (entrevista 7). También sostuvo de que “esto se fue dando paulatinamente, y el ministerio va por municipio, y ahora nos toca a nosotros en la reconversión” (Entrevista 7). Otra versión recogida en el mismo municipio, en cambio, reconoció que el Ministerio de Trabajo de Nación había seleccionado a San Martín para que fuera el primer municipio en implementar la oficina de empleo en la ejecución de los nuevos planes, pero transcurridos más de tres años

16 El ministerio de Trabajo de la provincia de Buenos Aires también implementa el plan Bonus o Segunda Oportunidad, pero a diferencia de su primera etapa, en que intervenían los municipios, ahora el plan es ejecutado entre el ministerio, las empresas y los sindicatos.

la implementación seguía pendiente. La demora persistente llevaría a que desde el ministerio de Trabajo de la Nación se sugiriera al municipio, según otra fuente consultada, la remoción de la funcionaria a cargo del área de Empleo (Entrevista 4).

Una primera hipótesis a considerar para explicar la demora en la implementación del Seguro de Capacitación y Empleo y del programa Familias podría consistir en remontarse a la accidentada historia que tuvo el lanzamiento del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados en el municipio de San Martín. Cabría suponer que en la hora de la reconversión del Plan la gestión municipal habría quedado condicionada por las secuelas en términos de antagonismo político que generaron las controversias entre la gestión nacional y la municipal. Nos referimos a la virtual existencia de “un municipio paralelo” durante el lanzamiento del plan. En efecto, cuando en 2002 se lanza el decreto de creación del plan Jefes y Jefas se estableció que en cada municipio se crearía un Consejo Consultivo Local (CCL), integrado por el ejecutivo y legislativo municipal, las cámaras empresariales, los sindicatos, las universidades y otras instituciones de la sociedad civil. Estos consejos estarían a cargo de la inscripción para ser beneficiario de un plan, así como realizarían el monitoreo de la implementación. El CCL perteneciente a San Martín inscribió a 12.000 beneficiarios, sin embargo el total de planes Jefes y Jefas percibidos en el municipio llegó a 29.000. La diferencia se explica por el otorgamiento indebido efectuado desde el propio Ministerio de Trabajo nacional durante 2002, a través de organizaciones de distinto tipo o en forma directa, y en base a criterios que no respetaban los establecidos por el propio programa.¹⁷ Esta circunstancia fue denunciada oportunamente por el municipio de San Martín, lo que dio lugar a un proceso penal en contra del funcionario nacional involucrado.

Sin embargo, la lógica facciosa que caracterizó al lanzamiento del Plan Jefes y Jefas no pareció dañar la relación con el Ministerio de Trabajo de manera irreversible y con consecuencias perdurables. Así es reconocido por la propia Dirección de Empleo de San Martín:

17 Según datos reconocidos por la gestión ministerial asumida en 2003, el entonces director de Promoción de Empleo durante la gestión de la ministra Camaño había distribuido 12.903 planes en San Martín por afuera de los circuitos establecidos por la norma de creación del Plan (Entrevista 7).

“Con el Ministerio tenemos muy buena relación. Incluso el mismo Enrique Deibe (actual Secretario de Trabajo de la Nación) reconoció, con el tema de la denuncia de 2003, que teníamos razón, por eso se abre el juicio oral” (Entrevista 7).¹⁸

La hipótesis de una supuesta discriminación política ejercida desde el ministerio de jurisdicción nacional como causa de la demora para implementar los programas en San Martín tampoco parece validarse cuando se observa que otros municipios de perfil estructural –y en algunos casos devenir político- análogo, avanzaron más rápidamente en la instalación de las respectivas oficinas de empleo. Así ocurrió en los municipios de Morón, Tres de Febrero y San Isidro durante los años 2006/07. De los tres municipios sólo Tres de Febrero está en manos del Partido Justicialista y claramente alineado con el gobierno nacional. Mientras que los oscilantes alineamientos con el oficialismo nacional de los otros dos no se distinguen demasiado del que también ha caracterizado a la actual gestión sanmartinense, una vez que a la identificación con el partido nacional Alianza República de Iguales le sucedió la definición como un partido vecinalista (de nivel local).

La prolongada demora en la implementación de los programas Familias y Seguro de Capacitación y Empleo parece deberse a problemas radicados en el propio municipio. En primer lugar cabe considerar la hipótesis de la carencia de las capacidades y las tecnologías blandas necesarias para la ejecución de estos programas. Sin embargo, el municipio no sólo acredita experiencia en la gestión de programas de articulación entre oferta y demanda laboral, sino que también, según la propia gestión municipal, comparte concepciones parecidas a las que inspiran, por ejemplo, al Seguro de Capacitación y Empleo. Así quedó en evidencia cuando el municipio propuso en el marco del CCL de San Martín, y de manera previa a las propias iniciativas nacionales en ese sentido, que la contraprestación de los planes Jefes y Jefas pudiera ser mediante capacitación en centros de formación profesional o completando la educación

18 Según la funcionaria del área Empleo entrevistada, aun durante la gestión de Caamaño al frente del Ministerio de Trabajo de la Nación no se habría observado una hostilidad política sistemática en contra del municipio desde el Ministerio de Trabajo de Nación: si bien “no nos daban cupo (de nuevos planes), tampoco nos molestaban” (Entrevista 7).

primaria o secundaria. Según la funcionaria entrevistada esta concepción y práctica compartida con las estrategias luego promovidas desde Nación hizo que “con el seguro de Capacitación y Empleo, nosotros esto lo tenemos allanado” (Entrevista 7). Por alguna razón difícil de esclarecer esta ventaja no fue aprovechada por la gestión municipal y la implementación se demoró considerablemente.

Conclusiones

El despliegue de las acciones públicas de salud en el municipio de Gral. San Martín muestra los alcances y limitaciones con que opera un sistema municipal de salud. En parte, puede sostenerse que los límites están fijados por la escasa autonomía municipal contemplada en el ordenamiento constitucional de la provincia de Buenos Aires, así como el fuerte peso del gasto en salarios limita la capacidad de los municipios para reorientar políticas. Sin embargo, hace a las especificidades propias de una política y de un sistema de salud definir cuidadosamente, según cada función, en qué medida la descentralización puede ser el problema o la solución.

La distribución de poder territorial en la Provincia define un sistema político-administrativo sobre el cual se superpone de hecho el sistema de salud provincial, cuya lógica de funcionamiento requiere por definición una fuerte coordinación específica. Ello constituye al sector en una burocracia fuertemente normatizada y regulada por leyes provinciales. Aun la gestión de programas provenientes de Nación opera en el contexto de un sistema ya estructurado con esas reglas. En el sistema de salud provincial existe una institucionalidad formal desde hace décadas que regula las interacciones jurisdiccionales verticales y horizontales; esto es, la regionalización del sistema de salud provincial. No obstante, es evidente en este aspecto el déficit de capacidad en cuanto a reglas de juego, pues éstas no tienen cumplimiento efectivo en el funcionamiento de las regiones. A su vez, como vimos, esta restricción deriva de articulaciones público-privadas que atraviesan la estructura hospitalaria provincial y que debilitan la capacidad política del estado en el sector. Asimismo, otros déficit de capacidad de la gestión local en salud derivan de variables bajo control de otras jurisdicciones, o bien, para ser resueltos, presupondrían como insumos indispensables que otras jurisdicciones desarrollen efectivas capacidades de monitoreo y control.

En Desarrollo Social, en cambio, se da, y en base a regulaciones *ad hoc*, una interacción vertical en un doble juego -muchas veces divergente- con Nación y Provincia. En estos juegos de negociación y regateo por planes y recursos de distinto tipo los otros municipios aparecen como competidores. Esto explica en parte la prácticamente nula interacción horizontal entre municipios en esta área.

Las diferenciaciones establecidas sirven para precaverse de establecer comparaciones entre Desarrollo Social y Salud que tendrán obvias conclusiones: en Salud siempre encontraremos mayores grados de coordinación y autonomía técnica, aunque esto es producto de requerimientos propios del sistema de salud y de una lógica de funcionamiento que excede al propio municipio. En Salud, preexiste una institucionalidad que regula las interacciones horizontales y, en gran medida, las verticales; esto es, la regionalización del sistema de salud provincial desde hace décadas. En todo caso los déficit de capacidad en cuanto a reglas de juego son producto de su falta de cumplimiento efectivo pero no a su inexistencia. En el área de Desarrollo Social, en cambio, ese tipo de institucionalidad está en construcción y desde niveles todavía bajos. Las reglas de interacción parecen ser *ad hoc*, según programas y coyunturas.

La coordinación de acciones en la gestión pública potencia el rendimiento de ésta, volviéndola más coherente y efectiva. Por lo tanto, debe ser entendida como un elemento de capacidad estatal. En este sentido, podría señalarse como un déficit de capacidad de la gestión del área de Desarrollo Social del municipio de San Martín cierta desarticulación de acciones entre distintas áreas. En efecto, si tomamos como ejemplo programas nutricionales o con componente alimentario, observamos que en tres áreas distintas se desarrollan acciones de este tipo: Dirección de comedores, Plan Vida Solidaridad y Acción Social. Aun reconociendo que los programas gestionan la entrega de alimentos de distinta manera, lo más eficiente sería reunir todas estas acciones en una misma área. No obstante, cabe reconocer que este tipo de gestión desarticulada está lejos de ser una característica distintiva del municipio de San Martín, y también otros municipios del conurbano bonaerense presentan ese estilo de gestión (Ilari, 2002).

No puede descartarse que los imperativos de la acumulación política, y su necesidad de recompensar partidarios, sea un factor funcional a la expansión de la estructura estatal, mediante el incremento de secretarías y direcciones, y su consecuencia sería la superposición de acciones y programas. Aquí encontraríamos a la propia política local ge-

nerando las condiciones de fragmentación institucional y superposición en la asignación de los recursos, en un contexto caracterizado por la disputa por espacios de poder. Sin embargo, cabe considerar que lo que aparece como gestión desarticulada en el nivel local puede responder también al modo en que se estructura la articulación interjurisdiccional vertical. Como se ha observado,

“a nivel local, los programas sociales se encuentran articulados, pero de forma vertical. Esta articulación, que a veces se presenta fuertemente estructurada y otras con menor grado de vinculación, hace que desde los niveles superiores de gobierno se logre articularlos en forma de ramas, que se desarrollan, crecen y mueren de manera independiente, es decir sin articulaciones entre sí” (Ilari, Sergio, 2002).

El modo en que se “bajan” los programas desde los niveles jurisdiccionales superiores (Nación o Provincia), ya sea bajo el supuesto de la escasa capacidad municipal para gestionar coordinadamente políticas “ajenas”, o bien a efectos de mantener la clara referencia respecto de la jurisdicción que origina los programas¹⁹, contribuye a implantar una lógica desarticulada de ejecución de las políticas en el interior de la estructura y la gestión municipal. Este tipo de articulación interjurisdiccional se define en el contexto de un juego político-institucional en el que el municipio dispone de escaso margen de maniobra frente a los otros niveles jurisdiccionales para innovar sobre diseños y formas de implementación, y del que difícilmente puede sustraerse. En general, la agenda de los gobiernos municipales es derivada de la agenda provincial, y más aun en un caso como la provincia de Buenos Aires, donde encontramos un régimen municipal con escasa autonomía. Como observan Smulovitz y Clemente (2004:67): “la agenda municipal goza de poca autonomía financiera y alta dependencia política respecto de los otros niveles de gobierno”.

Habitualmente los procesos de descentralización han sido considerados desde el punto de vista de la transferencia de funciones a

19 El plan Vida sería un ejemplo claro de esto. Un programa fuertemente referenciado con el nivel provincial desde su origen, tiende a implantarse en los municipios en forma “enlatada”, con poca actuación autónoma por parte de estos y por lo general creando un área específica en la estructura del municipio. El caso del municipio de San Martín ejemplifica adecuadamente esta lógica.

los municipios, para luego analizar cómo éstos resuelven la gestión de las nuevas competencias. El análisis concreto de políticas no parece convalidar de antemano el recurso simple a *principios generales*, explicativos o prescriptivos, de mayor autonomía municipal o de asumir “estrategias de desarrollo local”. El desarrollo de las capacidades de gestión pública local parece depender más de una dinámica a tres o cuatro bandas en interacción entre municipio, provincia, nación y sociedad civil.

Respecto a la relación estado-sociedad civil, Tendler (1997) ha señalado acertadamente que cierta literatura ha tendido a verla de manera lineal y mecánica en los procesos de implementación de políticas. Siendo que no necesariamente la sociedad civil debe preexistir a, y operar en completa autonomía del estado como prerrequisito para aportar positivamente en una sinergia implementadora. Como ilustran los ejemplos respecto a la colaboración entre sociedad civil y gobierno local en la implementación de programas de salud, estas redes son impulsadas y equipadas de recursos en gran medida por el estado. Todo esto permite refuncionalizar a través de la intervención del estado el aporte voluntario de organizaciones de la sociedad civil o construir capacidades “delegadas” en la sociedad civil mediante la formación de los promotores de salud, financiados por el subsidio público. Por el contrario, cuando la versión lineal parece confirmarse, y como en el caso del colegio médico la configuración de la sociedad civil se manifiesta en un actor con considerable grado de independencia y recursos frente al estado, además de implantado multijurisdiccionalmente, el gobierno local encuentra una contraparte no colaborativa y con poder de veto de la gestión pública.

Por último, y considerando el aspecto de la articulación interjurisdiccional, es observable que la calidad de las interacciones verticales depende de los grados de institucionalización burocrática de las contrapartes. Una funcionaria de Desarrollo Social de San Martín plantea: “El Ministerio de Trabajo (Nación) tiene más continuidad. Usted habla con la gerente del Conurbano, por ejemplo, y siempre está hablando con esa persona. El funcionario nuevo siempre va a cambiar algunas cosas. En el Ministerio de Trabajo no ha habido tanto cambio. Han cambiado el Ministro, pero el funcionario de carrera más o menos está, y es el que va manejando la situación más o menos de la misma manera, y uno lo conoce, tiene otra llegada” (Entrevista 4). En el Ministerio de Desarrollo Social de Nación, en cambio, dice la mis-

ma funcionaria: “ha cambiado, han pasado varios ministros también”. En este Ministerio no se observa la misma continuidad burocrática. Un factor que permite amortiguar los vaivenes políticos.

Bibliografía

- Alonso, Guillermo V. (ed.), 2007: *Capacidades estatales, instituciones y política social*, cap.I, Editorial Prometeo Libros, Buenos Aires.
- Alvarez, Gabriel y Adrián Iulita, 2003: “Mapeando el riesgo y la vulnerabilidad social en el partido de San Martín: metáfora, producción de sentido y escala en la construcción de un mapa”, UNSAM, Escuela de Humanidades, Centro de Investigaciones Etnográficas.
- Beccaria, Luis, 2007: “El mercado de trabajo luego de la crisis. Avances y desafíos”, en Kosacoff, Bernardo (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas*, CEPAL, Buenos Aires.
- Chiara, Magdalena y Mercedes Di Virgilio, 2005: *Gestión social y municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Editorial Prometeo Libros, Buenos Aires.
- Hirschman, Albert, 1981: *Essays in trespassing. Economics to politics and beyond*. Cambridge University Press.
- Ilari, Sergio, 2002: “Fragmentación y articulaciones de la política social local”, en Cravacuore, Daniel (comp.): Innovación en la gestión local, UNQ-FAM.
- Ilari, Sergio, 2005: *La reformulación estratégica de los programas sociales: del “Plan Vida” al plan “Más Vida”*, INDES-BID, Washington D.C.
- Universidad Nacional de San Martín y Municipalidad de General San Martín, 2005: Censo Industrial de San Martín 2005.
- Municipalidad de Gral. San Martín-Secretaría de Salud, 2007: *Hospital 2010. Plan Estratégico*.
- Tendler, Judith, 1997: *Good Government in the Tropics*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Vallarino, María Pía, 2008: “Agenda de gobierno y transformaciones en el Estado municipal: el caso del Gral. San Martín durante las gestiones Ivoskus”. Tesis presentada ante la Maestría en Desarrollo Local de la Universidad Nacional de San Martín.

Entrevistas

Entrevista 1: Ex funcionario político del municipio de San Martín 1999-2003.

Entrevista 2: Funcionario de la Secretaría de Desarrollo Social de San Martín.

Entrevista 3: Funcionario de la Secretaría de Salud de San Martín.

Entrevista 4: Funcionaria de la Secretaría de Desarrollo Social de San Martín.

Entrevista 5: Funcionaria de la Dirección Plan Vida Solidaridad.

Entrevista 6: Funcionaria de la Dirección de Acción Social.

Entrevista 7: Funcionaria de la Dirección de Empleo.