

# UN ANÁLISIS DE LA MICROGESTIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL EL CASO DE LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO EN EL TERRITORIO\*

Patricia Davolos\*\* y Alejandra Beccaria\*\*\*

## Resumen

El diseño e implementación de los programas de transferencias condicionadas han puesto el foco de atención en los efectos de inclusión que éstos generarían vía el estímulo al ingreso monetario de las familias y, como resultado de este proceso de redistribución de ingresos, se confiaba en que funcionarían como un instrumento que habilitara una mejora en el acceso a los bienes y servicios públicos por parte de estos sectores.

En el caso de la Asignación Universal por Hijo (AUH), este programa avanzó significativamente en la ampliación de la percepción de asignaciones familiares y, al incorporar condicionalidades en salud y educación, buscó extender los impactos a mediano y largo plazo con el fin de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Sobre el reconocimiento de los logros alcanzados, se destaca un diagnóstico general que indica que aproximadamente un 15% de niños, niñas y adolescentes (NNyA) no está cubierto por ningún esquema de transferencias de ingresos, sumado a que persisten elevados niveles de pobreza en la niñez. La hipótesis de trabajo es que la población aun desprotegida pertenece, en un porcentaje más relevante, al segmento de pobreza persistente, con múltiples déficits que comprometen el ciclo de reproducción del hogar y territorialmente situada. En este marco, el presente trabajo se propone indagar en el diseño y microgestión de la AUH identificando las necesidades y obstáculos pendientes, con el fin de profundizar o sofisticar las intervenciones y lograr la universalización efectiva de la cobertura.

**Palabras clave:** Política Social, Asignación Universal por Hijo, Microgestión, Inclusión.

## AN ANALYSIS OF MICRO-MANAGEMENT OF SOCIAL POLICY. THE CASE OF THE UNIVERSAL CHILD ALLOWANCE IN THE FIELD

### Abstract

The design and implementation of the conditional cash transfer programs have placed additional focus on how the stimulus to families' incomes would generate more inclusion and, as a result of this income distribution, they would improve access to public goods and services.

In the case of the Universal Child Allowance (La Asignación Universal por Hijo, or AUH), the program made significant progress in broadening the perception of family allowances and, by incorporating conditionalities in health and education, seeks to extend the medium and long-term impacts in order to break the intergenerational cycle of poverty.

Regarding the achievements of these goals, a general analysis indicates that approximately 15% of children and adolescents are not covered by any income transfer scheme, adding to the persistence of high levels of childhood poverty. The working hypothesis is that the population that is still unprotected belongs, in a significantly large proportion, to the segment of persistent poverty, with multiple deficiencies that compromise the cycle of household reproduction and geographical situations. In this framework, the present work focuses on the analysis of the design and micro-management of the AUH, identifying the pending needs and obstacles, in order to deepen and sophisticate the interventions and achieve the effective universalization of coverage.

**Keywords:** Social Policy, Universal Child Allowance, Micro-Management, Inclusion.

**Fecha de recepción:** 6 de marzo de 2018.

**Fecha de aprobación:** 15 de junio de 2019.

\* La elaboración de este trabajo se hizo en el marco de Proyecto UNICEF – FCE/UBA – CEDLAS/UNLP “Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la protección de ingresos monetarios a través de la Asignación Universal por Hijo”.

\*\* Universidad de Buenos Aires – Universidad Pedagógica Nacional, pdavolos@gmail.com

\*\*\* Universidad de General Sarmiento, alejandrabec@gmail.com

## Presentación

A partir de 2009 se implementó en Argentina la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (en adelante AUH) como pilar no contributivo del Sistema de Asignaciones Familiares, lo que significó un sustancial avance cualitativo y cuantitativo en la protección social de niños, niñas y adolescentes (NNyA).<sup>1</sup> La información disponible evidencia que aproximadamente un 87% del universo de NNyA se encuentra cubierto por alguno de los mecanismos de transferencias de ingresos vigentes (Asignaciones Familiares por Hijo, Deducción del Impuesto a las Ganancias, Pensiones no Contributivas o, en menor medida, Programas provinciales o Municipales).<sup>2</sup> La contracara de estos elevados niveles de cobertura se encuentra en aquella población de NNyA (13%) que, por diversos motivos, aún no logra acceder a ninguna cobertura de ingresos.

El objetivo que nos proponemos en este trabajo es dar cuenta de los motivos por los cuales persiste un conjunto de NNyA que no logra acceder a ningún componente de la protección social, bajo la hipótesis de que un número relevante de los mismos provienen de los deciles más bajos de la estructura social y estarían en condiciones de recibir la AUH. Para ello, el estudio pone el foco en el análisis de la microgestión de esta política, y en particular en cómo la misma toma forma concreta en los diferentes territorios subnacionales donde las carencias y, por lo tanto, los obstáculos o barreras a la inclusión asumen características específicas. Este análisis nos permitió dar cuenta de cómo se relaciona el Estado a través de sus mediaciones institucionales, con aquellas poblaciones con menor capacidad para hacer oír su voz y cuyas condiciones de vida configuran escenarios complejos.

El estudio articula una estrategia de investigación cuantitativa y cualitativa que supone un desplazamiento de la mirada de lo macronacional –dimensión dominante en los análisis sobre la AUH–, para analizar cómo las desigualdades se expresan en los territorios subnacionales. Los territorios donde se sitúa el estudio –la Provincia del Chaco y el conurbano bonaerense– constituyen casos testigos por la diversidad que presentan sus perfiles socio-territoriales. El estudio cuantitativo se efectuó en base a la ENAPROSS<sup>3</sup> y los registros administrativos de la ANSES. El estudio cualitativo<sup>4</sup> se focalizó en las poblaciones urbanas y semiurbanas en el municipio de La Matanza (en el conurbano bonaerense) y del Gran Resistencia (en Chaco) y en las poblaciones rurales de los pueblos y parajes del Impenetrable Chaqueño en Villa Río Bermejito (en Chaco).<sup>5</sup>

1 Cabe señalar que, en este contexto de extensión de derechos a grupos excluidos de protección, por medio de políticas no contributivas, en el año 2011, por medio de la Resolución 235/2011 se creó la "Asignación por Embarazo para Protección Social" (AE), destinada a mujeres embarazadas desde la semana 12 de gestación, que se encuentran desocupadas, son trabajadoras informales, monotributistas sociales o trabajadoras domésticas registradas.

2 Esta información corresponde a 2016, ya que son los últimos datos oficiales disponibles que dan cuenta de la totalidad de la cobertura de ingresos de la población analizada (UNICEF, 2017).

3 Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social realizada en el año 2015.

4 Cabe destacar que cuando se haga referencia a las entrevistas realizadas, los nombres de los entrevistados serán modificados para proteger la confidencialidad de los informantes.

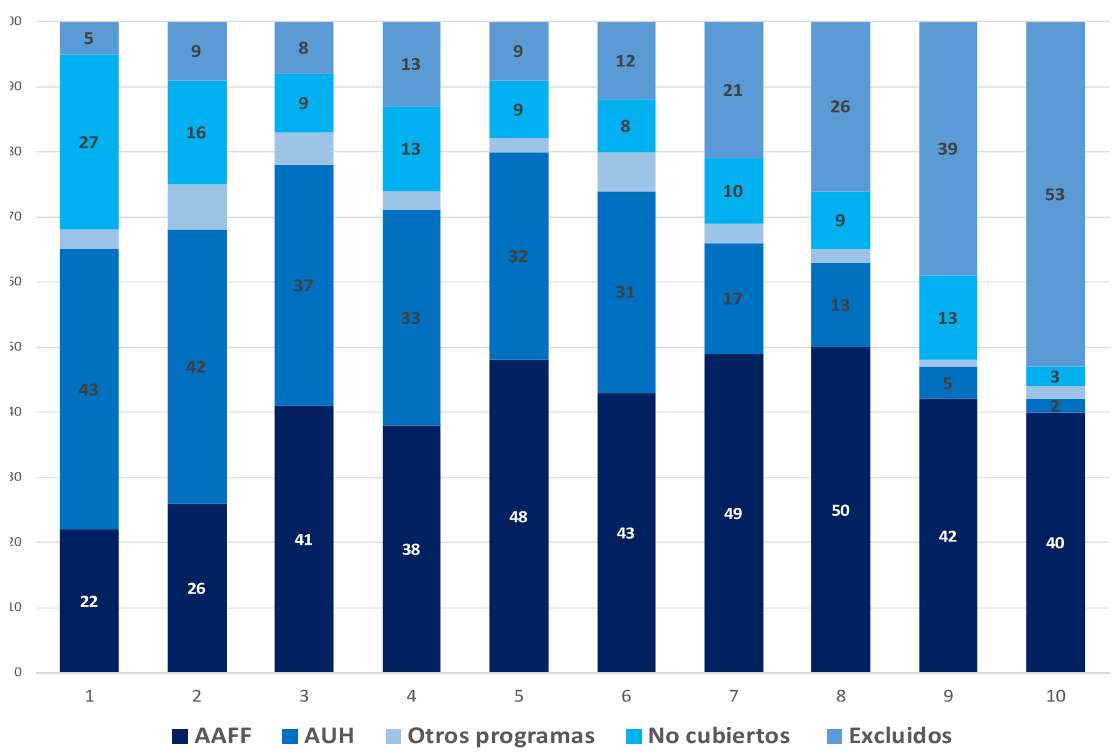
5 Villa Río Bermejito es una puerta de entrada a la zona conocida como Impenetrable Chaqueño y forma parte de un conjunto de pequeños pueblos y parajes donde se asienta la comunidad Qom.

Cabe destacar que existe una densa bibliografía que ha desarrollado diversos análisis pormenorizados sobre la AUH desde diferentes dimensiones y perspectivas. Este corpus bibliográfico es fundamental para el análisis de esta política, ya sea respecto de sus características de implementación o bien respecto del impacto sobre las condiciones de vida de la población.<sup>6</sup>

### Avances y límites de la AUH

El acceso a la AUH se encuentra siempre abierto a la entrada de NNyA, sin cupos ni límites al acceso, siempre que se acredite la condición habilitante para el grupo familiar establecida por las características de participación en el mercado de trabajo de los progenitores y el monto de sus ingresos. La misma alcanzó una cobertura masiva ya en los primeros años de su implementación<sup>7</sup> y, como puede observarse en el siguiente gráfico, en el año 2015 la AUH se encontraba bien focalizada en aquellos grupos que presentan mayores niveles de pobreza y vulnerabilidad.

**Gráfico 1.** Distribución de hogares según tipo de cobertura en los deciles de Ingreso Per Cápita Familiar (en porcentajes)



**Fuente:** elaboración propia sobre la base de Enapross – 2015.

6 Si bien el listado que presentamos a continuación no pretende ser exhaustivo, ver por ejemplo Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2013); Maurizio y Vazquez (2014); Davolos (2013); Arcidiácono, Carmona, Paura y Straschnoy (2012); Hintze y Costa (2011); Costa y Hintze (2014); Hintze, Costa y Beccaria (2014); Díaz Langou (2012); CIFRA (2010); Straschnoy (2016); Garganta (2015); Feijoo y Davolos "Políticas de Transferencia Condicionada de Ingresos y sus articulaciones con el Sistema Educativo" (en prensa).

7 Cabe señalar que la medición de la cobertura horizontal de la AUH no puede ser realizada de manera correcta a partir de las fuentes secundarias disponibles (Encuesta Permanente de Hogares, Enapross, etc.). Esto es así ya que, en la gran mayoría de los casos, las mismas refieren a los grandes aglomerados urbanos, sin tomar en consideración zonas rurales, centros urbanos pequeños o pequeños parajes que se encuentran territorialmente segregados. En muchos casos, como se verá a lo largo de este trabajo, es en estos ámbitos geográficos en donde se condensan los problemas de acceso a la AUH.

Si bien se observan problemas de cobertura en todos los deciles de ingresos, los grupos poblacionales con mayores problemas estaban agrupados claramente en los deciles más bajos de la distribución. Estos hogares suelen formar parte de lo que se denomina la pobreza persistente (Clemente, 2014; Moreno, 2014) caracterizada por su transmisión y reproducción en el tiempo, donde la pobreza no solo remite a la escasez de ingresos monetarios, sino que además se asocia con otros déficits que comprometen el ciclo de la reproducción del hogar y la familia relativos al hábitat y las condiciones de la vivienda, las características del medio ambiente o el acceso a otros servicios básicos. Lo distintivo de este tipo de pobreza, por tanto, es que la coyuntura de los ingresos y las mejoras generales en el mercado laboral no resultan suficientes por sí solas para sacar a estas poblaciones de esa situación deficitaria.

La pobreza de carácter persistente –que también puede ser denominada estructural o crónica–,<sup>8</sup> suele estar territorialmente situada en asentamientos o villas alrededor de los grandes centros urbanos y en parajes rurales o pequeños pueblos segregados territorialmente donde se concentran poblaciones indígenas. Las condiciones del entorno donde habitan y se socializan estas familias introduce heterogeneidad a estos escenarios. Pero, además, cuando se remontan y atraviesan generaciones estas situaciones de carencias no solo tienen efectos materiales, sino también vinculares y relacionales que oponen barreras al ejercicio de los derechos (Paugam, 2012).

Estas poblaciones suelen encontrarse demasiado alejados de las instituciones y suelen establecer vínculos precarios con las mismas, dando como resultado la conformación de grupos sociales próximos a una situación de exclusión social. De esta forma, las dificultades de accesibilidad a las instituciones y a la información necesaria para cumplimentar la tramitación para ingresar y permanecer en algún programa o política resultan un punto clave. Estos escenarios complejos demandan una mayor sofisticación a las formas de intervención del Estado para poder garantizar la protección y la no vulneración de derechos.

En el caso de una política masiva como es la AUH, si bien presenta una operatoria relativamente sencilla, la misma está pensada para un perceptor genérico o universal que debe cumplimentar determinados pasos o acciones para el acceso y sostenibilidad en el tiempo de la transferencia. Características del propio diseño o de la gestión concreta de la política en cuestión, podrían estar causando trabas u obstáculos para incluir a las poblaciones más segregadas o vulnerabilizadas por escenarios y trayectorias familiares complejas, excluyéndolas de la protección social.

De este modo, y como punto de partida del análisis de la microgestión, se consideraron diversos puntos relacionados con la institucionalidad de la política. Por un lado, y en términos más generales, la reconstrucción de la ingeniería institucional del programa y de los requerimientos establecidos

8 Dentro de la bibliografía, aparece la denominación de pobreza estructural y pobreza crónica como resultado de la aplicación de una tipología derivada de la intersección de dos ejes, conocida como método bidimensional de medición de la pobreza (ver los trabajos de Beccaria y Minujín, y Kantzman citados por Boltvinik, 2003). Estos métodos consideraron otras fuentes de bienestar, además de los ingresos, lo cual se corresponde con la idea de que la pobreza constituye un fenómeno multidimensional (UNICEF, 2016).

por la normativa que deben cumplimentar las familias receptoras para el efectivo acceso, como también la reconstrucción del circuito que deben recorrer para acreditar el cumplimiento de las condicionalidades requeridas. Considerando esto último, también se identificaron aquellas situaciones que median entre la política pública, los efectores de los servicios de salud y educación y las familias. De esta forma, se identificaron en primer lugar, los distintos actores intervinientes en todo el circuito. En segundo lugar, se identifican y describen las formas asimétricas de poder y negociación formales e informales que en ocasiones facilitan y en otras se convierten en obstáculos o barreras para las familias más vulnerables que fragilizan aún más sus identidades y su reconocimiento. En tercer lugar, se da cuenta de los obstáculos más frecuentes encontrados por las familias para cumplimentar la normativa en los diferentes territorios.

Los espacios de mayor o menor autonomía relativa que establecen las mediaciones entre las familias y las instituciones, redefinen ciertos sentidos de la política a través de sus prácticas concretas. Entre las mediaciones, hacemos referencia tanto a las que Lipsky (1980) en su conocido trabajo denomina “burócratas de calle” en referencia a los trabajadores de las dependencias del Estado que son los encargados de la implementación de programas e interactúan directamente con la población destinataria; como también a otras mediaciones informales en las barriadas y asentamientos populares, allí donde el Estado no llega o llega en forma muy precaria. Las primeras formas mencionadas, “bajan” desde las dependencias del Estado hacia los barrios y las segundas suponen una trayectoria inversa.

### **Una mirada sobre la operatoria de la AUH y sus principales alcances**

La AUH, implementada hacia finales de 2009, y más tarde la Asignación por Embarazo para Protección Social (AE) en 2011, constituyeron un cambio sustantivo en las políticas de protección social en Argentina, al modificar el acceso al régimen de asignaciones familiares de los dependientes de trabajadores desocupados y los trabajadores informales con ingresos inferiores al salario mínimo, vital y móvil. Ambas políticas fueron creadas como parte del subsistema no contributivo del régimen de las Asignaciones Familiares bajo la jurisdicción de ANSES, adquiriendo este organismo un protagonismo central en la implementación y gestión de estas políticas orientadas a la protección de la niñez y adolescencia.

A diferencia de la mayoría de los Programas de Transferencia Condicionadas en América Latina, la entrada a la AUH está determinada por el estatus laboral de las familias y no por la demostración de situación de pobreza dada por el monto de sus ingresos familiares. Por otro lado, la AUH, establece una continuidad con los programas vigentes en la región –y con los programas que la precedieron en nuestro país–, al exigir condicionalidades de salud y educación por parte de las familias. Estas condicionalidades exigen la realización de controles periódicos de salud y vacunación (que en el caso de los niños y niñas de hasta 5 años y embarazadas se resolvió con la inscripción compulsiva al Plan SUMAR) y la matriculación y asistencia a establecimientos educativos para los NNyA de entre 5 y 17 años com-

prendidos en el tramo de edad correspondiente por ley como de educación obligatoria.

Una vez al año,<sup>9</sup> los titulares de la AUH<sup>10</sup> deben acreditar el cumplimiento de estas dos condiciones mediante la firma de la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación (o, en su defecto, del Formulario Libreta correspondiente) y una vez debidamente firmada por la escuela y el centro de salud,<sup>11</sup> el último paso es su presentación, mediante un turno que se obtiene en la página web, en las oficinas de la ANSES. Es de esta forma como los perceptores pueden acceder al acumulado del 20% de la transferencia mensual que queda retenido hasta acreditar el cumplimiento de estas condicionalidades. Ese dinero solo podrá retirarse una vez que se demuestre, con dicha presentación, que ambas condicionalidades se cumplieron.

En caso de no presentar la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación, el perceptor pierde el 20% retenido y, transcurridos los 2 años de no cumplimiento (el primer año corresponde al tiempo vigente que el titular posee para la realización de dicho trámite y, el segundo, extiende el plazo para regularizar la situación), se procede a la suspensión total del pago de la AUH. Para reactivarlo, el adulto titular de la AUH (generalmente, la madre) deberá presentar la Libreta con los datos completos, consignando el cumplimiento de las condicionalidades. Pero, aunque vuelva a producirse el alta, las transferencias monetarias perdidas en el período de suspensión no se recuperan por parte de las familias.<sup>12</sup> Esta penalización marca una diferencia con otros programas vigentes en la región, como por ejemplo el Bolsa Familia en Brasil, donde la suspensión por el no cumplimiento de las condicionalidades funciona solo como una “retención” de la transferencia que vuelve a estar disponible para las familias una vez que se regulariza la situación. Es decir, el supuesto es que esos ingresos transferidos resultan nodales para la organización de las familias y el no cumplimiento daría cuenta de dificultades que precisan de un acompañamiento y no de una penalización.

De hecho, la información empírica respecto del impacto que tienen las condicionalidades en la permanencia y sostenimiento de los beneficiarios de la AUH, muestra que no es menor la penalidad que las mismas ejercen. De este modo, si consideramos la cantidad neta de beneficiarios que han sido suspendidos a lo largo de los años, se observa que, si bien el comportamiento no es estable, en algunos casos llega a alcanzar a casi a 700 mil beneficiarios (es decir, aproximadamente un 20% del total de beneficiarios).<sup>13</sup> Es decir que, debido a la falta de presentación de libretas, anualmente, a una cantidad

9 La acreditación del cumplimiento de las condicionalidades puede realizarse en cualquier momento del año, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

10 Los titulares de la AUH son, por lo general, las madres de los niños, niñas y adolescentes destinatarios. Los titulares son quienes reciben mensualmente el beneficio y quienes están encargados de la realización de todos los trámites relacionados con la política.

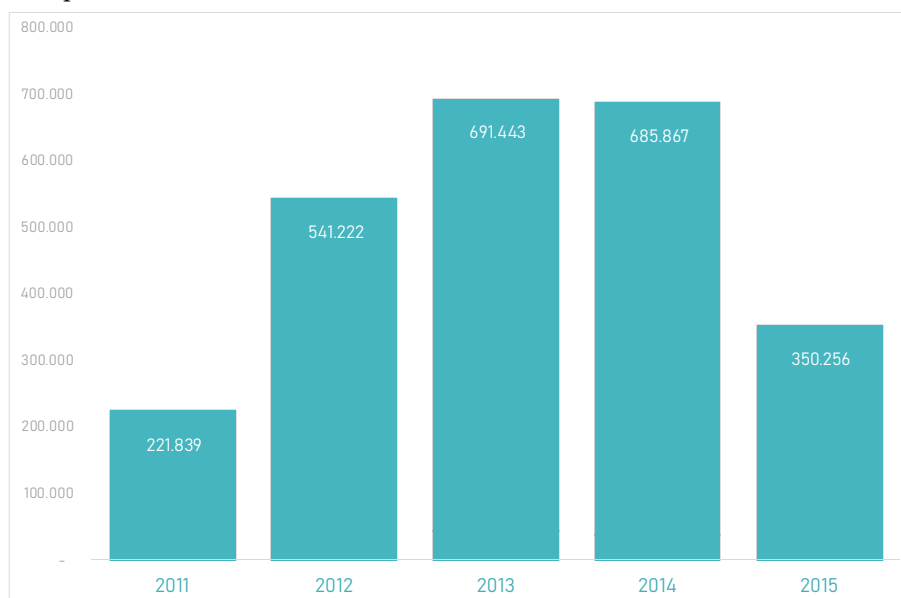
11 Para la acreditación del control de salud es necesario que conste, en la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación, el código de un efector público responsable de ese control, acompañado de la firma de cualquier trabajador de la salud (médico, enfermero, agente sanitario, personal administrativo).

12 De hecho, según Informa Anses, durante el año 2014, fueron suspendidos 404 113 beneficiarios por no presentar la Libreta y, en 2015, ese dato correspondió a 329 123.

13 La información se presenta para los años 2011–2015, ya que no se encuentran disponibles datos oficiales más actualizados.

significativa de NNyA se les suspende el beneficio, significando que dejan de percibir los ingresos correspondientes.

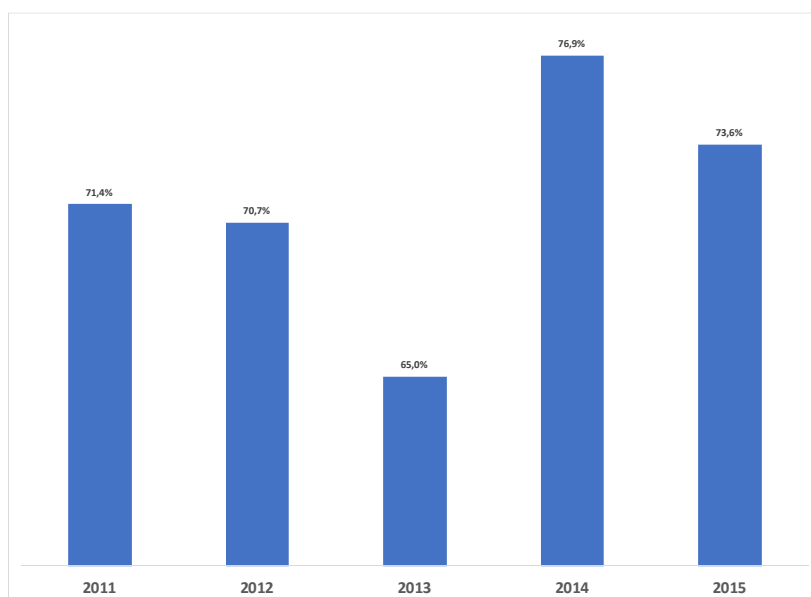
**Gráfico 2.** Beneficiarios de la AUH suspendidos por falta de presentación de libretas.



Fuente: ANSES<sup>14</sup>

Sin embargo, como se mencionaba más arriba, no todos los beneficiarios a los que se los suspenden pierden el beneficio de manera permanente. De hecho, se registra que una porción significativa (en promedio, un 70%) de ellos, logra regularizar su situación y restablecer la percepción de la Asignación.

**Gráfico 3.** Beneficiarios que regularizaron su situación.

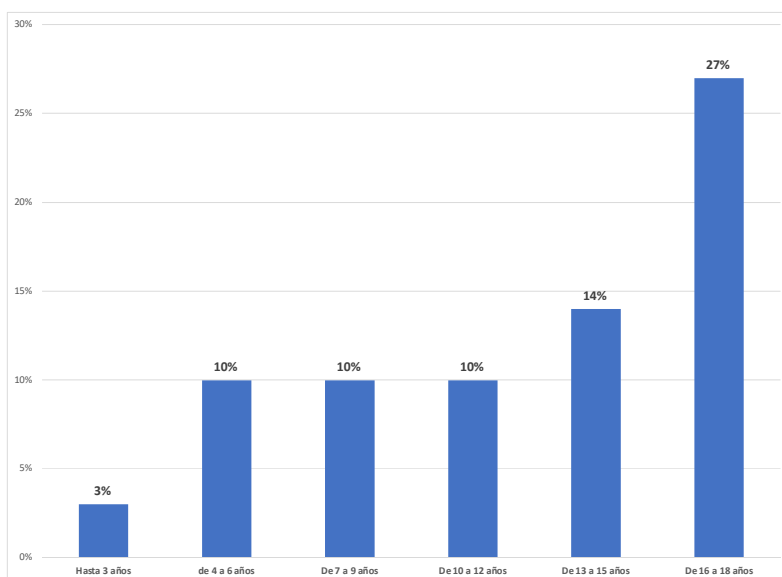


Fuente: ANSES.<sup>15</sup>

14 y 15 Estos datos fueron proporcionados por ANSES, en el marco del Proyecto UNICEF – FCE/UBA – CEDLAS/UNLP “Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la protección de ingresos monetarios a través de la Asignación Universal por Hijo”.

La suspensión del beneficio evidencia las dificultades que los titulares de la AUH presentan para *sostener* la política como consecuencia de los mecanismos impuestos a través de las condicionalidades. De este modo, se puede notar que son los adolescentes quienes son más afectados por la suspensión del beneficio (posiblemente, esto último relacionado con el abandono escolar).

**Gráfico 4.** Distribución por edad de los casos suspendidos por no presentar libretas de salud y educación – 2013.



Fuente: ANSES.<sup>16</sup>

Asimismo, también, quienes se ven más afectados por la suspensión del beneficio por la falta de la presentación de la libreta son los mismos sectores que encuentran dificultades en el acceso. Es decir, quienes residen en zonas alejadas, sin acceso cotidiano a las instituciones y que, en muchos casos, se les complica la cumplimentación en tiempo y forma de estos requisitos solicitados a través de las condicionalidades. Si bien, como señalamos, un elevado porcentaje logra regularizar la situación, esto implica no solo que pierdan el 20% que se abona anualmente, sino que también, en muchos casos, dejen de percibir por unos meses el beneficio.

Por otra parte, las personas que solicitan el ingreso a la AUH tienen que cumplir un conjunto de requisitos obligatorios: deben presentarse en la delegación de ANSES más cercana a su domicilio con el Documento Nacional de Identidad del grupo familiar (NNyA, padres, tutores, curadores) y las partidas de nacimiento de los menores de edad. Para la efectivización del trámite, el grupo familiar debe estar registrado en el “Administrador de datos de personas (ADP)”<sup>17</sup> de ANSES, es decir, deben estar vinculados

16 Estos datos fueron proporcionados por ANSES, en el marco del Proyecto UNICEF – FCE/UBA – CEDLAS/UNLP “Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la protección de ingresos monetarios a través de la Asignación Universal por Hijo”.

17 El ADP de ANSES se alimenta de diferentes bases de datos de registros institucionales como las que proveen, por ejemplo, los registros civiles nacionales y provinciales u otras bases que permiten acreditar situación fiscal y de contratación laboral de los titulares y, de este modo, registrar posibles incompatibilidades.



los NNyA con la madre y el padre (o el mayor a cargo de los mismos) o, en su defecto, debe constar explícitamente que hay un solo adulto a cargo. Si esta relación no figura en el sistema, no se puede generar el beneficio. En los casos en que se identifica esta falencia de asociación, el sistema identifica a ese menor como un *potencial* perceptor de la AUH.<sup>18</sup>

Si bien la implementación de la AUH actuó como un estímulo para la registración de los grupos familiares en el ANSES, con el fin de poder acceder al beneficio, la acreditación de la identidad por fuera de los plazos administrativos y por fuera del término legal, o la situación de aquellos niños y niñas que nacieron fuera del sistema hospitalario, impone una serie de trabas administrativas para dicha regularización y, en última instancia, puede derivar en largos procedimientos judiciales.

Asimismo, el desarrollo de una política con las características de la AUH bajo la órbita de la ANSES, supuso un desafío para su burocracia acostumbrada a tratar con la población contribuyente o con los trabajadores formales. En este sentido, el nuevo público implicó el desarrollo necesario de nuevas formas de comunicación y gestión, como también de nuevas problemáticas a resolver para el acceso efectivo a las prestaciones.

Ya durante el primer año de implementación de la AUH se logró incorporar a más de tres millones de niños, niñas y adolescentes.<sup>19</sup> Asimismo, en los años subsiguientes, se fueron integrando nuevos grupos que en principio habían quedado excluidos por la propia normativa, como es el caso de los dependientes de los trabajadores domésticos registrados, los monotributistas sociales y los trabajadores por temporada y eventuales; los dependientes de personas privadas de su libertad; los niños, niñas y adolescentes que asisten a establecimientos educativos privados.<sup>20</sup> Cabe señalar, también, que más recientemente fueron incorporados al subsistema contributivo los dependientes de los monotributistas, excluyendo a las tres categorías superiores.

A pesar de este amplio alcance logrado tempranamente, varios años más tarde, aún se siguen registrando brechas para lograr la universalidad de los destinatarios. De hecho, como se evidenciaba más arriba, se registra que aproximadamente un 13% de NNyA aún no está alcanzado por ninguno de los componentes de la protección social de ingresos para la niñez y adolescencia, estimando que gran parte de ellos estaría en condiciones de acceder a la AUH. Cabe señalar que una porción de esta población de NNyA que se encuentra sin cobertura de ingresos fue beneficiaria de la AUH y la perdió como consecuencia de no cumplimentar con las condicionalidades

18 En la actualidad, se está discutiendo la posibilidad de anexar una ficha social en el ADP de cada destinatario de la AUH. Esto posibilitaría, además de otras cuestiones, que en el caso de los potenciales destinatarios, pueda saberse el motivo de la no efectividad del acceso y la consecuente búsqueda y trabajo activo con esas poblaciones.

19 De acuerdo a datos de registros de ANSES, en febrero de 2010, había 3,4 millones de niños, niñas y adolescentes recibiendo la AUH.

20 Los NNyA que concurren a escuelas privadas con cuota cero, tienen acceso a la AUH pero no acceden al 20% que se retiene en concepto de cumplimiento de condicionalidades. En algunas provincias, muchos colegios eclesiósticos con cuota cero tienen concurrencia de población carenciada, por lo que esta retención implica una discriminación. Los colegios de gestión privada deben tener el CUE habilitado para que esos alumnos puedan cobrar la AUH.

o corresponsabilidades<sup>21</sup> exigidas por la normativa. Asimismo, y por diversos motivos que serán objeto de análisis, otra porción –más significativa en términos cuantitativos– nunca accedió a ningún beneficio.<sup>22</sup>

A estos grupos que experimentan diferentes tipos de barreras al acceso o al sostenimiento de la AUH por el no cumplimiento de las condicionalidades, se suman otros grupos poblacionales que permanecen excluidos de toda protección por la propia definición de la normativa. El caso de la exclusión de los dependientes de los migrantes, a quienes se les exige ser argentinos, naturalizados o extranjeros residentes legales por un período no inferior a tres años,<sup>23</sup> resulta el más significativo dado los cambios normativos que en los últimos años promovieron la ampliación de los derechos de la población migrante, por medio de la Ley N° 25 871. También cabe señalar la situación de los NNyA sin cuidados parentales y la limitación de 5 AUH por titular, que deja a un número de NNyA por fuera de este derecho.

Otro subgrupo, que no es posible estimar su peso con los datos existentes, es el conformado por aquellos NNyA indocumentados desde su nacimiento y por tanto aún invisibles para el Estado. Muchos de estos últimos casos se localizan en comunidades indígenas y en pequeñas localidades de frontera donde los niños y niñas, en ocasiones, nacen y moran en países diferentes o en zonas rurales dispersas. En este sentido, se observa que la desprotección es mayor en ciertos grupos etarios, destacándose el caso de los niños y niñas menores de 1 año, en donde los niveles de cobertura solamente alcanzan un 53% (ENAPROSS, 2015).<sup>24</sup> Esto es así, ya que en este grupo etario es en donde se registran mayores déficits relacionados con la documentación.

Entre la población de NNyA sin cobertura de ingresos, se observa que se eleva la proporción de quienes no residen con la madre (13%) y de quienes no residen con el padre (41%).<sup>25</sup> Asimismo, y retomando lo que se planteaba anteriormente en este trabajo, respecto de la tenencia del Documento Nacional de Identidad, también se observa que la proporción de quienes no lo poseen es levemente mayor que en el total de NNyA (95% versus 98%, respectivamente).

Otro dato que evidencia fuertes diferencias entre los NNyA cubiertos y aquellos no cubiertos es el que corresponde a la asistencia escolar, sobre todo al desagregar dicha información por grupos de edades. En el caso de la población sin cobertura de ingresos, un 3% de los NNyA de 6 a 12 años,

21 Corresponsabilidad hace referencia a una versión más “blanda” de la condicionalidad, al poner el acento en una responsabilidad compartida por el Estado y las familias. Cabe señalar, que durante los primeros años de implementación de la AUH, a pesar de la normativa no hubo un control de las condicionalidades que implicara la interrupción de la transferencia por no cumplimiento, sino que solo se descontaba el 20% retenido. Sobre estos puntos de la operatoria no existió una información precisa para los perceptores.

22 Por ejemplo, como se verá más adelante, entre estos últimos se destacan quienes presentan problemas asociados con la documentación, situación que puede presentarse con frecuencia en los sectores más vulnerabilizados en los diferentes territorios observados.

23 Cabe señalar que si alguno de los dos progenitores cumple con este requisito, sí puede acceder al beneficio.

24 Aunque con una intensidad menor, también llama la atención que entre los adolescentes (desde los 13 años), los niveles de cobertura tienden a descender, situación se acentúa entre la población de 16 y 17 años (ENAPROSS, 2015).

25 En el total de NNyA, un 6% no reside con la madre y un 32% no reside con el padre.

no asiste a ningún establecimiento educativo; esta situación se eleva a 12% entre los de 13 a 15 años y a 24% entre los adolescentes de 16 y 17 años.

Respecto del acceso a la salud, también se notan disparidades entre quienes están cubiertos y quiénes no. Por un lado, mientras un 62% de los NNyA no cubiertos acceden al sistema de salud a través del hospital público o de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), ese porcentaje disminuye al 50% entre los NNyA cubiertos; asimismo, un 24% de los primeros no realizó ningún tipo de consulta médica en el último año, situación que es más baja (18%) entre el segundo grupo. Es llamativo resaltar que entre las razones por las que no se hicieron las consultas médicas, casi un 10% de los NNyA sin cobertura refieren a dificultades para acceder a los turnos o para acceder por medio del transporte público a los centros correspondientes, mientras que en el caso de los NNyA cubiertos, la casi totalidad (98%) refiere a que no estuvieron enfermos.

Dado este mapa de situación y la hipótesis de trabajo planteada, se presenta a continuación cómo se abordó el trabajo de campo y cuáles fueron los principales resultados encontrados.

### **Particularidades de la AUH en el territorio**

Se presentan a continuación algunos datos que dan cuenta de las características de la cobertura de ingresos de los NNyA para los casos seleccionados, con el fin de evidenciar las particularidades de cada uno de ellos. La ampliación de la cobertura por ingresos en la población de NNyA se registró en todo el territorio nacional; sin embargo, al analizar de manera desagregada las situaciones locales emergen heterogeneidades que en muchos casos se relacionan con las especificidades de cada territorio (en términos sociales, económicos, culturales, geográficos, etc.). A continuación, vamos a concentrarnos en el marco de situación de protección y desprotección de los NNyA que residen en los territorios analizados, el conurbano bonaerense y la Provincia de Chaco (a través de la situación del aglomerado de Gran Resistencia), evidenciándose importantes diferencias entre ambas jurisdicciones.

En términos generales, se observa una mayor proporción de NNyA no cubiertos en el conurbano bonaerense (13%), respecto del aglomerado de Gran Resistencia (8%),<sup>26</sup> situación que en ambas jurisdicciones no presenta diferencias entre varones y mujeres. Al igual que lo que ocurre en el total de aglomerados relevados, el acceso a los mecanismos de transferencias de ingresos presenta diferencias en los distintos grupos etarios. De hecho, se detectan niveles de desprotección más elevados entre la población menor de un año. En el conurbano bonaerense el 32% de los niños en dicha franja etaria está sin cobertura, situación que desciende al 12% entre los niños y niñas de un año; en Gran Resistencia, por su parte, si bien la desprotección entre los menores de un año es del 22%, también se mantiene elevada entre los niños de un año (20%). En el caso de los adolescentes, también comienzan a elevarse las ausencias de protección; en el conurbano, la tasa de despro-

26 Cabe señalar que la información respecto de la protección a nivel local que se presenta en este apartado, proviene de la ENAPROSS, relevada en el año 2015; en este sentido, aún no se había producido la incorporación de los dependientes de los monotributistas, situación que eleva, sobre todo en el conurbano bonaerense, la proporción de NNyA "excluidos por normativa".

tección comienza a elevarse desde los 13 años, mientras que en la capital del Chaco se eleva de manera llamativa a partir de los 16 años.

Esta misma situación, también se constata al analizar la distribución de la población sin cobertura por grupos de edad. Si bien, en ambos casos se registra que los menores de un año son los más afectados (el 12% de los NNyA no cubiertos en el conurbano tiene menos de un año y en Gran Resistencia esta situación es del 13%), en el primer caso se observa una distribución relativamente más homogénea entre las edades, con una tendencia a elevarse desde los 13 años, y en el segundo caso hay claramente dos polos etarios de concentración de la desprotección, los niños menores de dos años (25%) y los adolescentes de 16 y 17 años (25%).

Cuando se indaga respecto de los posibles motivos que permiten explicar la ausencia de protección, se registra que en muchos casos existen problemas con los vínculos familiares. En este sentido, como se mencionó antes, los NNyA no cubiertos en mayor medida no residen con sus padres o con alguno de ellos. Estas proporciones son significativamente más elevadas en Gran Resistencia, 24% de los NNyA no cubiertos no reside con la madre y 46% no lo hace con el padre (en el conurbano, estos porcentajes corresponden al 13% y 39%, respectivamente).

Si bien los problemas con la documentación aparecen siempre como uno de los motivos que permite comprender las barreras de acceso a la protección social, sobre todo en el caso de la AUH, los datos disponibles evidencian que, tanto en el conurbano bonaerense como en el aglomerado de Gran Resistencia, solo un 5% de los NNyA no posee su Documento Nacional de Identidad.

Como señalamos antes en este trabajo, una porción de la población que presenta problemas de protección evidencia dificultades para sostener la AUH en el tiempo. Esto último aparece marcadamente entre los beneficiarios del conurbano bonaerense, en donde se registra que, en 2015, un 14% no percibía la transferencia de manera continua (en Gran Resistencia, esta situación descendía al 7%). Al indagar por los motivos por los cuales habían dejado de percibir la AUH, en ambos casos estudiados se destacan cuestiones relacionadas con la inserción laboral de los padres o madres<sup>27</sup> (casi el 80%); aunque también cabe señalar que en Gran Resistencia un 18% presentó problemas para la realización de los certificados de salud (esto mismo representó un 9% de los casos en el conurbano).

Asimismo, una proporción de la población que se encuentra sin cobertura de ingresos, inició el trámite para la percepción de la AUH. Los datos evidencian que la mayoría de ellos aún están esperando respuesta por parte de ANSES (situación que es más elevada en la capital chaqueña, 51%, que en el conurbano bonaerense, 35%); también se registran problemas con la documentación requerida, ya sea la relativa a los NNyA o a los adultos (12% en Gran Resistencia y 7% en el conurbano), y con padres que ya se encuentran cobrando una asignación familiar (9% y 14%, respectivamente). Este último caso, refiere a la situación de quienes presentan conflictos

27 Entre estas cuestiones, se destaca el hecho que los titulares son trabajadores informales con ingresos superiores al salario mínimo o consiguieron trabajos registrados o como monotributistas. Estas situaciones hacen referencia a salidas de la AUH por un mejoramiento en la situación laboral de los progenitores.

familiares (niños que no residen con los padres o madres y, a pesar de ello, los adultos perciben un beneficio en nombre de ellos).

### **La microgestión desde la mirada de los diferentes actores**

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, con el fin de profundizar en los motivos que explican la persistencia de una proporción significativa de NNyA sin cobertura por ingresos, se avanzó en los estudios de caso en el Municipio de La Matanza, en el conurbano bonaerense, y el Gran Resistencia y Villa Río Bermejito, para el caso del Chaco.

El objetivo fue desentrañar aquellos aspectos que no pueden ser captados por medio de la información estadística, que permitieran explicar que, a pesar de la masividad de la AUH, ciertos segmentos poblacionales aún permanezcan excluidos. En este sentido, el trabajo de campo se orientó a captar cuestiones relacionadas con la microgestión de la política y con las especificidades que presentan los territorios y las poblaciones excluidas. Es decir, si bien la normativa del programa es igual para todo el territorio nacional, la accesibilidad a las instituciones por parte de las familias y las personas tiene una determinada expresión dada por el modo en que se materializa lo normado en cada territorio. En esta direccionalidad, se avanza en reconstruir la institucionalidad del Programa en el ámbito local, las intermediaciones y mecanismos formales e informales que se recrean entre la política pública y los perceptores, y las barreras al acceso percibidas por los perceptores efectivos o potenciales.

Como se detalla en el Anexo metodológico, el trabajo de campo se realizó sobre la base de una serie de entrevistas a referentes institucionales (tanto a nivel nacional como local) y de un trabajo observación participante en operativos territoriales.

### **Las barreras de acceso a la protección**

Una conclusión que se desprende del trabajo de campo realizado es la manifestación de una multiplicidad de factores que, en conjunto, explican que aún persistan NNyA sin cobertura de ingresos. Es decir, que a ocho años de implementación de la AUH aún se registren grupos excluidos se debe no a un solo factor, sino a una conjunción de elementos que confluyen y se potencian complicando las posibilidades de acceso, sobretudo en sectores con elevados y múltiples niveles de vulnerabilidad. En este sentido, a continuación, identificamos y describimos aquellas barreras que permiten explicar esta situación de desprotección.

#### **Las condicionalidades**

De acuerdo con la información estadística disponible, aproximadamente un 20% de los niños, niñas y adolescentes no cubiertos, se encuentran *suspendidos* como consecuencia de no haber presentado la Libreta de Seguridad Social, Salud y Educación.<sup>28</sup>

28 Esto significa que, previamente, estuvieron un año sin haber recibido la totalidad del haber correspondiente de la AUH, ya que no cobraron el 20% retenido mensualmente.

Teniendo en cuenta esta exigencia (la presentación de la Libreta...), en diversas oportunidades, en el trabajo de campo, se registró la existencia de conflictos y barreras para su cumplimiento, sobre todo en el caso de los controles de salud. Como se señaló precedentemente, cuando se exceden los dos años sin entregar la Libreta..., el sistema liquida el beneficio pero el destinatario no puede retirarlo, ya que la liquidación queda suspendida.<sup>29</sup> Para algunas familias comienza aquí un camino dificultoso ya que tienen que movilizarse hasta centros urbanos donde funcione una UDAI o, en su defecto una Oficina de ANSES, con el fin de comenzar las averiguaciones correspondientes para poder hacer el trámite. De este modo, se recrea así un círculo vicioso donde, por ejemplo, la población que habita en parajes rurales tiene que movilizarse a los cascos urbanos y en algunos casos –de acuerdo a la información obtenida en el trabajo de campo– recorrer más de 100 kilómetros de difícil acceso y con muy poco transporte.

### **Condicionabilidad de Salud**

Frente a los problemas de oferta de servicios en salud en los centros urbanos más poblados (como es el caso del conurbano bonaerense o el de Gran Resistencia), se recrean prácticas que desincentivan a los perceptores a cumplir con esta condicionabilidad.

En primer término, el control de salud (pediátrico) puede estar desdoblado del control de vacunación y peso (generalmente realizado por enfermeros), y de la firma de las libretas (generalmente realizado por personal administrativo).<sup>30</sup> Pero todo el circuito, que en ocasiones se realiza en el mismo día y en ocasiones puede no suceder, debe concluir para su certificación en los CAPS. La dificultad radica en que, según los casos, los turnos son muy escasos (entre 5 y 15 números diarios) y solo se atiende uno o dos días a la semana. La práctica habitual para conseguir un turno implica arribar al CAPS de madrugada y luego es necesario esperar varias horas hasta que comienza la atención de los médicos y enfermeros.

Este trámite implica que, en reiteradas oportunidades las familias lleguen hasta el CAP pero no puedan conseguir el turno y deban volver a intentarlo. Si el intento resulta fallido en reiteradas oportunidades, significa que algunas familias desistan de cumplir la condicionabilidad puesto que el costo de hacerlo les resulta muy elevado. Este costo implica llegar de madrugada, perder el día de trabajo –porque al tratarse de sectores informales no se justifican las inasistencias–, tener que resolver el cuidado de los niños y niñas o el gasto en transporte, resultándoles en definitiva más costoso que la pérdida del 20%.

Asimismo, es frecuente que muchos perceptores no tengan información precisa respecto de la normativa y de su real funcionamiento y, en consecuencia, se sorprendan de que el cobro se suspenda. A esto último,

29 En algunos casos, los destinatarios se informan en el banco de la situación de suspensión; en otros, deben acercarse a ANSES ya que desconocen qué es lo que está ocurriendo porque simplemente no pueden retirar el dinero (o bien, creen que no han cobrado). Una madre de un niño de cuatro años a la que le suspendieron la AUH, nos dice, “no sé porque me dieron de baja... creo que me la dio de baja la manzanera...” (Sandra, comunicación personal, noviembre de 2016).

30 Muchas familias eligen el hospital para realizar el control pediátrico porque, y a pesar de las persistentes dificultades para conseguirlos, tiene más turnos que los CAPs. Los médicos no rehúsan el control, pero en la mayoría no efectivizan la firma de la libreta que es derivada a los CAPs. Por tanto, no se sortea la dificultad de conseguir un turno.

debe sumársele el hecho de que en los primeros años de implementación de la AUH no se realizaba la suspensión total del beneficio y cuando se aplicó la norma, la suspensión del cobro tardó dos años en efectivizarse.

Por otro lado, la dificultad de acceder a un turno es la causa de que en algunas ocasiones burocracias ajenas al programa tengan un control discrecional sobre esta población. De acuerdo con las entrevistas realizadas, estos agentes mediadores toman decisiones sobre personas que afectan sus oportunidades de vida y definen, en última instancia, quién merece más en detrimento de otros para acceder a un turno o a un medicamento.<sup>31</sup> Estas micro-decisiones cotidianas no previstas en el diseño terminan influyendo en la accesibilidad de los destinatarios. Frente a los problemas de accesibilidad se recrean intermediaciones informales de distinto tipo, algunas funcionan en forma solidaria, y otras ponen más trabas o peajes que segmentan aún más el acceso.

En el caso del Chaco, el territorio está dividido en áreas programáticas donde cada centro de salud tiene su área de cobertura. Es decir que lo que se denomina el “control sano” a partir del cual se acredita la condicionalidad de salud en la libreta, se realiza solo en el CAP específico correspondiente a cada destinatario. La idea es que estos centros puedan tener un seguimiento nominalizado de su área de cobertura para que, de esta manera, y a partir de la depuración de ficheros, sea posible realizar un seguimiento de la población en riesgo nutricional u otros problemas relevantes de salud y buscar a la población que no asiste a los centros.

Sin embargo, no existen, generalmente, registros escritos en los CAPS, ni se cuenta con agentes sanitarios o trabajadores sociales para realizar este seguimiento de la población en riesgo, en la cual un porcentaje relevante de los trabajadores de esos centros se encuentra en una situación laboral precarizada que desalienta su compromiso y dedicación con la tarea. Cabe aclarar que no todos los territorios están organizados de la misma manera. Por ejemplo, en el caso de La Matanza, la población puede acudir al CAPS que prefiera, es decir que no funciona programáticamente con un CAPS de referencia obligatorio según lugar de residencia.

### **Condicionalidad en Educación**

Tal como se evidenciaba por medio del análisis de la información estadística, el cumplimiento de la condicionalidad educativa –sobre todo para la población mayor de 15 años–, en algunos casos, también se transforma en una traba para el sostenimiento de la política en adolescentes que experimentan distintos tipos de dificultades para asistir a establecimientos educativos.

Estas dificultades no se vinculan con la propia normativa de la AUH, sino con una serie de problemáticas vinculadas a sus trayectorias de vida y

31 En palabras de algunas titulares de la AUH, se puede registrar esta situación: “(...) ayer fui a ver a la pediatra, la verdad es que acá en la Matanza no hay pediatras, no conseguís turno, no hay chance... ni en la salita, no conseguís (...) a veces atienden una sola vez por semana.” (titular, madre de una niña de tres años); “No es que no conseguís turno, no te quieren atender (...) vos vas y no te quieren atender.. y ni siquiera son doctores ni nada, son enfermeras. Vos vas y no te quieren atender, te dicen que tenés que sacar turno y cuando vas te dicen que no hay (...) acá hay un solo pediatra y te atiende re mal...” (Adrianam titular, madre de una niña de seis años). “Acá a los operativos las mamás venimos más que nada por el tema de la libreta, como no hay pediatras... en la salita no te quieren firmar la Libreta” (Adriana, titular, madre de una niña de seis años, comunicación personal, octubre 2016).

las de sus familias, y a la dificultad del sistema educativo en dar respuestas a estas complejidades. Algunas de estas cuestiones se relacionan con la entrada temprana al mercado laboral o la dedicación a alguna forma de aprovisionamiento de ingresos, las tareas de cuidado, la maternidad/paternidad joven (frecuente, por ejemplo, en las comunidades indígenas) o simplemente con falencias en las estrategias de las escuelas para recibir y retener a los jóvenes cuyas historias requieren de mayor acompañamiento.

Según Marchioni y Edo, la AUH aumenta la retención escolar de los NNyA, sin embargo, estaría mostrando una menor efectividad para re vincular a quienes están fuera del sistema educativo. A modo de ejemplo, se observa que, entre los adolescentes de 17 años no cubiertos, el 50% no está concurriendo a la escuela.

### **La documentación**

Los problemas de cobertura asociados a cuestiones relacionadas con la documentación aparecen recurrentemente en ambos casos estudiados. En este sentido, si bien por un lado se destaca la presencia de niños y niñas, por lo general menores de dos años, sin DNI, también suelen registrarse estos problemas en el caso de los adultos a cargo. Entre las situaciones más frecuentes que suelen experimentar estas familias, se destaca pérdida de documentación (por inundaciones de la vivienda y del hábitat donde se mora, incendios, por recurrentes robos) o conflictos con el propio documento (documentos “gemelos”, mal anotados, etc.). El tiempo que media para planificar una nueva acreditación de documentos puede implicar también una traba para que un NNyA comience a cobrar la Asignación.

También se registran problemas asociados con las partidas de nacimiento, ya que no siempre es posible tramitarlas en los lugares de nacimiento (ya sea porque no hay un registro civil disponible en los hospitales o centros de salud, o, como nos señalaban en diversas entrevistas en Villa Río Bermejito por que suelen estar en huelga “(...) estos de aquí viven de paro, entonces los largan a la casa, porque obviamente se tienen que volver y se van con el nacido vivo y nunca volvieron a hacerle el acta de nacimiento, si vos no tenés el acta de nacimiento, no podes hacer el documento”.<sup>32</sup> Es decir, para que el RENAPER (Registro Nacional de las Personas) efectúe el DNI con el que se tramita la Asignación Universal por Hijo, es necesario que el Registro Civil haya realizado el acta de nacimiento (a partir del referido nacido vivo que otorga la maternidad u hospital).

Otros casos, que suelen ser cuantitativamente menores, refieren a comunidades que se encuentran muy alejadas y con difícil acceso (de hecho, en algunos casos se necesita llegar por medio de transporte acuático) y dependen de que las instituciones se movilicen hasta sus lugares de residencia (en OIT, UNICEF y FLACSO, se señaló la presencia de poblaciones específicas que presentan problemas de accesibilidad geográfica, situación que les complica la realización de trámites diversos, sobre todo en el caso de parajes del impenetrable chaqueño).



### ***El acceso a las instituciones***

Teniendo en cuenta lo que se señalaba respecto de las trabas existentes para la tramitación de los DNI, en algunos casos, la propia tramitación de la AUH también genera inconvenientes, debido a las distancias que se registran entre los hogares de las personas y las UDAIs (Centros de ANSES en donde se realizan los trámites).

En estos casos –el de las poblaciones más alejadas territorialmente y con barreras naturales y de transporte a la movilidad para acceder a los centros urbanos donde se realizan las gestiones–, se suelen realizar operativos o coordinaciones del personal del ANSES con referentes de la localidad con el objetivo de retirar la documentación para luego ser cargada en las oficinas de ANSES. Estas modalidades itinerantes hicieron que se pudiera incluir un importante número de nuevos NNyA, pero también implicó un número de errores e inconsistencias en la carga de la documentación que de no ser corregidas, no permiten la liquidación del beneficio. En términos generales, resulta necesaria una tarea de articulación y trabajo conjunto con el Registro Nacional de la Personas y los Registros Civiles locales –carentes estos últimos de recursos y capacitación–.

Por otra parte, ANSES y el Estado Nacional desarrollan “operativos” que tienen como objetivo acercar las instituciones a estas zonas que se encuentran relegadas territorialmente. Sin embargo, a pesar de que estas iniciativas implican una oportunidad para realizar trámites diversos (actualización de vínculos familiares, inscripción a la AUH, etc.), muchas veces reproducen esquemas que lejos de incluir, excluyen a los potenciales beneficiarios al reproducir la misma lógica de las oficinas en los territorios.

En este sentido, podemos hacer referencia a las excesivas demandas burocráticas, como por ejemplo los pedidos de fotocopias por triplicado en zonas geográficamente alejadas o la continuidad de cupos para obtener turnos, que imposibilitan completar los trámites desaprovechando una oportunidad única. Es importante revisar las formas de vincularse con poblaciones con otras costumbres, otras lenguas u otras formas de nombrar las prestaciones, por ejemplo.

En el caso de las zonas que si bien no se encuentran segregadas territorialmente pero sí presentan una densidad poblacional muy alta, como ciertas localidades de La Matanza, los operativos sirven para descomprimir la demanda de las UDAIs. En un Operativo en la localidad de Virrey del Pino, una madre de un bebé de pocos meses comentaba: “...yo vine acá porque me queda más cómodo... vivo acá, por acá... me quedaba más cómodo y para hacer el trámite [Asignación por Nacimiento] pedí turno en agosto y recién me dieron para el 30 de octubre acá en el ANSES este... así que aproveché ahora y lo hago todo junto...” (Asignación por Nacimiento y Asignación Universal por Hijo).<sup>33</sup>

### ***Falta de información y comunicación institucional***

Si bien la AUH es una política que presenta una difusión masiva y es ampliamente conocida, en algunos casos se observa desconocimiento respecto de cuestiones puntuales, como por ejemplo la situación de incompatibili-

dades con otras políticas, la falta de información respecto de los lugares de cobro, confusión respecto del pago del 20% y 80%, etc. Esta situación de desconocimiento, ya se señalaba en una investigación previa sobre el acceso a la AUH por parte de pueblos indígenas (Ver OIT, UNICEF y FLACSO), destacándose que una gran mayoría de beneficiarios desconocía el monto mensual que percibían.

Una situación recurrente que pudo observarse en la localidad chaqueña de Villa Río Bermejito, fue la presencia de NNyA dependientes de beneficiarios de Pensiones No Contributivas (PNC) por Invalidez -en la casi totalidad de los casos debido al Mal de Chagas-, que se encontraban sin cobertura. En términos de la normativa, la percepción de una PNC por Invalidez permite la percepción de Asignaciones Familiares por Hijo (AFH).<sup>34</sup> Sin embargo, en la práctica, se observa un amplio desconocimiento y confusión respecto de esta situación que se materializa en la persistencia de la desprotección de un conjunto de NNyA.

En algunos casos, esta situación pasa desapercibida y los titulares de las PNC desconocen el motivo por el cual “no les otorgan la AUH”. En otros casos, en los que se intenta iniciar la tramitación de la AUH, se les informa (esto pudo observarse en un Operativo Móvil de ANSES) que no es posible percibirla como consecuencia de que uno de los padres es perceptor de la PNC, pero que tienen el derecho de percibir la AFH. Sin embargo, en este punto se plantea un nuevo problema –que también actúa como barrera a la inclusión de NNyA– asociado a la tramitación de este beneficio que implica la realización de trámites no solo en ANSES sino también en el Ministerio de Desarrollo Social.

El trámite debe realizarse en ambas instituciones. En ANSES, debe constatar que el registro del grupo familiar se encuentre completo y actualizado; una vez que esto se encuentra resuelto (mediante la presentación de la documentación y fotocopia correspondiente), se le imprime el certificado del grupo familiar al beneficiario de la PNC para que pueda presentarlo en el Ministerio de Desarrollo Social y en esta institución se encargan de tramitar.<sup>35</sup>

### **Articulación interinstitucional**

Teniendo en cuenta lo que se señalaba respecto de la tramitación de las AFH en el caso de los beneficiarios de las PNC, se evidencia la necesidad de avanzar en la articulación interinstitucional, en este caso con el Ministerio de Desarrollo Social, o con los Registros Civiles, con el fin de favorecer el acceso a la protección de estos sectores que se encuentran excluidos de la protección.

34 Es decir, si bien es incompatible con la percepción de la AUH, la cobertura de los NNyA estaría teóricamente asegurada vía otro mecanismo. Asimismo, cabe señalar que la capacidad protectoria que presenta la AFH es superior a la de la AUH, ya que la misma no presenta límites en términos de cantidad de hijos, se percibe el 100% del beneficio mensualmente y no es necesario cumplimentar con las condicionalidades.

35 En la actualidad, ANSES y el Ministerio de Desarrollo Social han resuelto articuladamente que, cuando se realiza un alta pura de una PNC, ANSES efectúa el alta a todos los hijos inscriptos en el ADP. En otras palabras, cuando se realiza el alta de una nueva PNC no es necesario ya realizar los trámites en las dos dependencias en forma separada.

La articulación con instituciones locales también parece ser un desafío pendiente para aceitar los trámites de estas poblaciones que se encuentran excluidas. En un sentido más amplio, es relevante considerar el rol que juegan los gobiernos locales y su mayor cercanía a las poblaciones para pensar cómo construir interinstitucionalidad e integralidad en las formas de intervención de acuerdo con las necesidades y especificidades de cada territorio.

### ***Vínculos familiares***

Otro de los ejes que pudo observarse con frecuencia en el trabajo de campo, fue aquel relacionado con situaciones familiares específicas que traían como resultado la imposibilidad de tramitar los beneficios. La situación más frecuente está relacionada con la de aquellos NNyA que no residen con sus padres (ya sea con alguno de ellos o con ninguno) y quienes se encuentran a cargo deben enfrentar una secuencia de trámites que muchas veces son inaccesibles para ellos (ya sea por cuestiones asociadas a las distancias geográficas, a problemas con la documentación requerida, a la articulación entre diferentes instituciones, etc.). En varias oportunidades, esta disgregación o dificultad en los vínculos se relaciona con situaciones de migración de los progenitores, o alguno de ellos, vinculadas a la búsqueda de mejores oportunidades laborales.

Asimismo, las frecuentes reconfiguraciones de los grupos convivientes, en algunos casos pueden implicar la pérdida de documentación y, en consecuencia, emergen dificultades diversas de comunicación intrafamiliar para poder volver a realizar los trámites correspondientes.

### ***Conformación de redes informales***

En las poblaciones con mayores dificultades de acceso a las instituciones suelen conformarse redes informales como formas de respuesta adaptativa a las condiciones que impone la falta de recursos materiales. Estas redes, en muchos casos, funcionan en forma solidaria y cooperativa para la resolución de problemas, pero en otras se fundan en relaciones de poder asimétricas que suman mayores obstáculos a estas poblaciones más vulnerabilizadas.

Por ejemplo, en el caso de Chaco, las poblaciones más segregadas donde resulta dificultoso y costoso trasladarse y llegar hasta los centros bancarizados u oficinas del correo (la otra modalidad de pago cuando no hay cajeros en radios cercanos), un destinatario es el que trae la liquidación para varios de sus vecinos. Asimismo, en otros casos, empleados municipales que tienen contacto más fluido con los destinatarios se erigen como intermediarios entre estos últimos y las oficinas de la ANSES que se encuentran ubicadas en localidades vecinas, con el fin de trasladar la documentación requerida. En este marco, en los pequeños poblados rurales o semirurales del interior de país, como se constató en Villa Río Bermejito, las radios comunitarias también cumplen un papel muy importante para estas comunidades difundiendo información y juntando tramitaciones para llevar a los centros urbanos donde se ubican las oficinas. También, dada la creciente difusión de los celulares, las redes sociales están cumpliendo un rol de difusión de información sencilla pero importante para los beneficiarios.

Por otro lado, en algunos barrios del conurbano bonaerense, la capilaridad de la militancia social puede actuar facilitando e intermediando la vinculación entre los destinatarios y las instituciones. Como pudo evidenciarse en el Operativo de La Matanza, los militantes sociales conocen la multiplicidad de las problemáticas cotidianas de los vecinos, al tiempo que tienen acceso a las instituciones e interceden en la resolución de ciertos conflictos.

Asimismo, en un Operativo en Virrey del Pino, pudo constatarse que las redes sociales, sobretudo el caso de Facebook, actúan como mecanismos de difusión de información, tanto de las fechas y ubicaciones de los Operativos como de los trámites y documentación necesaria para los mismos. También, los grupos creados en las aplicaciones y las “Páginas” del municipio o vecinos, actúan como redes de difusión de información y facilitación en la realización de trámites.

Pero la conformación de estas redes informales no siempre funciona de forma cooperativa; en algunos casos, puede significar que determinados mediadores retengan un porcentaje de lo cobrado cuando existen dificultades para que el destinatario pueda trasladarse, como también en la obtención de turnos y remedios en los centros de salud en lugares donde hay poca oferta de turnos y se concentra mucha demanda (como en el conurbano bonaerense),<sup>36</sup> la gestión de una PNC o llevar papeles para completar trámites en las UDAIs.

### **Algunas reflexiones finales**

La incorporación progresiva de diferentes segmentos de NNyA a la protección social dio como resultado que, en la actualidad, este segmento poblacional goce de elevados niveles de cobertura. Esta protección social está segmentada institucionalmente en diferentes sistemas ligados a la situación laboral por las que atraviesan las familias, lo que implica algunas diferencias en la cantidad y calidad de las prestaciones y en la operatoria para el acceso y su sostenimiento.

La implementación de la AUH, significó un avance indiscutible en la protección de NNyA en Argentina. Sin embargo, aún queda un conjunto significativo de NNyA que no tienen acceso a la cobertura de ingresos que, en su mayoría, parecen ubicarse en hogares del extremo inferior de la distribución de los ingresos y, por lo tanto, deberían ser parte de la AUH.

Considerando el análisis desarrollado a lo largo del trabajo, esta situación de desprotección da cuenta de la importancia que presentan los diseños institucionales de las políticas. En otras palabras, podría afirmarse que la manera en cómo la política llega a las familias se encuentra en gran medida definida por la institucionalidad y gestión de las mismas. En esta direccionalidad, el presente trabajo apuntó a reconstruir y evaluar la microgestión del programa con el objetivo de detectar cuáles eran las posibles causas que provocan situaciones de exclusión y, en consecuencia, impiden alcanzar la universalidad de la cobertura.

36 “Te dicen que no hay... la otra vez tuve que ir con mi nena con la muela hinchada así para que me den un ibuprofeno... me dice te lo doy ahora pero no te lo doy más... te lo doy porque está así” (Madre de niña de tres años, comunicación personal, noviembre 2016).

Dejando al margen las exclusiones que se deben a la propia normativa (hijos de inmigrantes cuyos progenitores tienen menos de tres años de residencia, el tope de cinco niños cubiertos por titular, aquellos sin cuidados parentales, etc.), se detectaron otras barreras difíciles de sortear para la población en situación de pobreza persistente o estructural.

Las dificultades de accesibilidad a las instituciones y a la información necesaria para cumplimentar los trámites resultan una traba crítica. Estas dificultades se expresan de diferente manera según las características de segregación que presentan los territorios donde habitan estas familias (grandes distancias, dificultades de movilidad y acceso, territorios inundables, incendios frecuentes), dificultades asociadas a la disponibilidad y acceso a los servicios de salud y educación y otras instituciones para realizar los trámites necesarios, existencia de núcleos familiares fragmentados con dificultades de contactos entre progenitores por disoluciones conflictivas, distanciamientos o por migraciones, por nombrar algunas situaciones que se transforman en barreras importantes a sortear. En este sentido, la demora en la inscripción de los recién nacidos o la falta o pérdida de documentación respaldatoria para acceder, como también la dificultad de conseguir un turno para realizar el control de salud, explican, por ejemplo, el caso de los niños y niñas menores de 1 año, donde los niveles de cobertura solamente alcanzan un 53% según los últimos registros.

Estas poblaciones se encuentran frecuentemente con una burocracia lejana, de largas esperas que no garantizan una igualdad de trato respecto a otros sectores de la población. La intervención de otros agentes informales ajenos a la institucionalidad de la política –como se dio cuenta en los estudios de caso presentados– en muchas ocasiones facilitan estos tránsitos, sobre todo si resultan entramados que surgen de los lazos de organización de las comunidades. Pero también en muchas otras ocasiones, imponen mayores barreras que tienen un efecto aún más empobrecedor en el sentido material y simbólico sobre las familias. Por tanto, la inclusión prevista para estas poblaciones, no debe dejar al margen aspectos relativos a la integración social que surgen de la microgestión en los territorios.

Un comentario en particular merece la discusión acerca del sentido de la existencia de las condicionalidades. Las mismas pueden abrir una ventana de oportunidad para diseñar otras políticas que operen sobre las barreras de acceso a la salud y la educación o su existencia solo puede significar una responsabilización y penalización sobre las familias, y en especial sobre las mujeres madres y abuelas, y una exclusión de los más vulnerables. Dada la naturalización social existente en la división sexual del trabajo en los hogares, la provisión de cuidados y por tanto la responsabilidad en el cumplimiento de las condicionalidades sigue siendo una tarea de las mujeres del hogar. En definitiva, si no se trabaja sobre la superación de los obstáculos, sofisticando las formas de llegada a estas poblaciones, se puede terminar penalizando a quienes concentran mayor número de déficits para la reproducción de sus vidas cotidianas. Pensar formas de intervención más integrales (interinstitucionalidad) y de mayor cercanía (territorialidad de la articulación), resultan un desafío para aceptar el acceso de las poblaciones que se encuentran aún excluidas.

Finalmente señalar que más allá de la discusión sobre la complejidad que requiere la intervención sobre la pobreza persistente y multidimensional, el efecto de la AUH sobre el mejoramiento del bienestar de las familias depende del marco general sobre el que la misma opera, y en particular de su articulación con la dinámica del mercado laboral.

## Bibliografía

- Arcidiacono, P., Carmona Berrenechea, V., Paura, V. y Straschnoy, M. (2012). La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: ¿una vía de transformación en la política social argentina? En Pautassi, L. y Gamallo, G. (coords.), *Más derechos, ¿menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Boltvinik, J. (2003). Tipología de los métodos de medición de la pobreza. Los métodos combinados. *Revista Comercio Exterior*, 53(5), 453 - 465
- CIFRA, DOCUMENTO DE TRABAJO N° 7. (2010). *La Asignación Universal por Hijo a un año de su implementación*. Recuperado de <http://www.centrocifra.org.ar/docs/CIFRA%20-%20DT%2007-%20La%20asignacion%20universal%20por%20hijo.pdf>
- Clemente, A. (2014). La pobreza como categoría de análisis e intervención. En Clemente, A. (coord.), *Territorios urbanos y pobreza persistente* (13 - 27). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Costa, M. I. y Hintze, S. (2014). Capacidad protectora de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social: problemas y debates a cuatro años de implementación. En C. Danani y S. Hintze (coords.), *Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina* (243-280). Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Costa, M. I.; Curcio, J. y Grushka, C. (2014). La institucionalidad de ANSES en el sistema de seguridad social argentino. Estructura organizativa y financiamiento (1991-2012). En C. Danani y S. Hintze (coords.), *Protecciones y desprotecciones (II): problemas y debates de la seguridad social en la Argentina* (17-66). Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Davolos, P. (2013). La Asignación Universal por Hijo desde la perspectiva de los hogares receptores. Novedades y continuidades. *Revista Estudios del Trabajo*, 45, pp. .
- Díaz Langou, G. (2012). La implementación de la asignación universal por hijo en ámbitos subnacionales. *Documento de trabajo N° 84*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Feijoo, M. del C. y Davolos, P. (2019) Políticas de Transferencia Condicionada de Ingresos y sus articulaciones con el Sistema Educativo. En A. D. Cimadamore, A. B. L. Ivo, C. Midagua y A. Barrantes (coords.), *Estados de bienestar, derechos e ingresos básicos en América Latina*. México: Siglo XXI .
- Garganta, S. (2015). *El impacto laboral y demográfico de la Asignación Universal por Hijo en Argentina* (tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Hintze, S. y Costa, M. I. (2011). La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximación al proceso político de la transformación de la protección. En C. Danani y S. Hintze (coords.), *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010* (pp. 153 - 185). Buenos Aires: Ediciones UNGS.
- Hintze, S., Costa, M.I. y Beccaria, A. (2014). La protección de la Asignación Universal por Hijo a nivel subnacional. *Revista Realidad Económica*, 286, 37-64.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service (30th ann. ed.)*. New York: Russell Sage Foundation.
- Marchioni, M. y Edo, M. (2017, septiembre). *Condicionales Educativas en la AUH: diagnóstico y alternativas*. Ponencia presentada en el Seminario internacional. Entre la medición y la acción: debates en torno al bienestar, Tucumán, Argentina.
- Maurizio, R. y Vazquez, G. (2014). Argentina: efectos del programa Asignación Universal por Hijo en el comportamiento laboral de los adultos. *Revista de la CEPAL*, 113, 121-144.
- Moreno, M. (2014). Notas acerca de la medición de la pobreza. En A. Clemente (coord.), *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- OIT, UNICEF y FLACSO. (2013). *El acceso a la Asignación Universal por Hijo en los pueblos os indígenas del norte argentino*. Buenos Aires.
- Paugam, S. (2012). Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales. *Papeles del CEIC*, 2012/2, 82, CEIC Universidad del País Vasco.
- Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2013). *Asignación Universal por Hijo para Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos*, Serie Políticas Sociales. Chile: CEPAL-UNICEF.
- Straschnoy, M. (2016). Las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo. Un análisis desde el enfoque de derechos y las capacidades estatales. *Revista Administración Pública y Sociedad*, 2, 60-78.
- UNICEF (2016). *Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescentes en Argentina*. Buenos Aires.
- UNICEF (2017). *Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo 2017*. Buenos Aires.



## **ANEXO METODOLÓGICO: estrategia metodológica del trabajo de campo**

El trabajo de campo se realizó sobre la base de: 1) entrevistas a personal de la ANSES a nivel nacional y local, efectores de salud y educación (directores de hospitales, pediatras, directores de escuela, docentes y asistentes sociales), perceptores efectivos y potenciales de la AUH y referentes locales; 2) observación participante en operativos territoriales. Se trata de operativos especiales diseñados como instrumento de llegada directa a poblaciones más aisladas social y geográficamente y con dificultades de accesibilidad a las instituciones. Los operativos son itinerantes y tienen la lógica de ganar proximidad territorial, y en este sentido, no son una práctica novedosa. La participación en estos operativos resultó una vía para observar cuáles eran los reclamos y consultas más frecuentes, como así también en qué *ventanilla se producían las colas más largas* para realizar trámites, lo que nos permitió identificar donde se ubican las dificultades y barreras de estas poblaciones para acceder o cumplimentar a los requisitos para el caso de la AUH.

### **Operativo territorial en La Matanza**

El operativo corresponde al programa “El Estado en tu Barrio”. Este programa es una iniciativa del gobierno nacional, pero de gestión conjunta de nación, las provincias y los municipios, y tiene el objetivo de acercarse a las familias para brindarles la posibilidad de realizar distintos tipos de trámites y gestionar servicios importantes cerca de sus lugares de residencia. Participan, además de la ANSES, el Registro Nacional de las Personas, los Registros Civiles locales, el Ministerio de Desarrollo Social, entre otros, y permite gestionar trámites como el alta para recibir la AUH, la obtención y renovación del DNI, la expedición de partidas de nacimiento, etc. Al mismo tiempo, un camión de Salud lleva adelante atención clínica, pediátrica, de vacunación; asesoramiento en nutrición y firma libretas de salud para certificar la condicionalidad cumplida de la AUH. Desde los Municipios, el Programa incluye la instalación de puestos de atención de la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Salud y otras Secretarías como la de Niñez, Adolescencia y Familia o la de Género para informar acerca de programas y diversas prestaciones para los vecinos.

El programa arrancó en el conurbano bonaerense, pero paulatinamente se está extendiendo hacia las diferentes provincias. En el caso de La Matanza, este operativo se encuentra movilizándose entre las distintas localidades del distrito de manera permanente desde el mes de mayo de 2016. En este caso puntual, el operativo se desarrolla con una fuerte presencia del municipio y –a través del mismo– de referentes barriales que acompañan a las familias en la realización de los trámites, los ordenan y los asesoran. Estos referentes, articulados con asistentes sociales del municipio, tienen un amplio conocimiento de las problemáticas existentes en los barrios circundantes y

significan un acompañamiento importante para la gran cantidad de familias que concurren al operativo. Previamente, los referentes barriales realizan un trabajo de difusión de los objetivos del operativo en los barrios.<sup>37</sup>

### **Operativo Territorial en Villa Río Bermejito, Chaco**

En este caso se trata de operativos itinerantes planificados por la ANSES focalizados en la atención a las poblaciones indígenas y a las comunidades rurales en parajes alejados o segregados por distancias geográficas y de comunicación que las separan de los centros urbanos donde se encuentran los puntos de atención.<sup>38</sup>

Se trata de un abordaje territorial que identifica zonas a lo largo de todo el país y, a su vez, circuitos dentro de esas zonas, que tiene por objetivo crear un mapa de identificación de hogares en pobreza extrema para incorporar al cobro de la AUH a NNyA que aún no la perciben y deberían hacerlo, o bien que la percibían y dejaron de cobrarla por diversos problemas con el cumplimiento de las condicionalidades.

Estos circuitos tienen un recorrido preestablecido: el operativo se establece en *puntos fijos* en el casco urbano de los pueblos que componen estas zonas y desde allí se avanza hacia los pequeños parajes que están en sus alrededores donde están establecidas comunidades indígenas. Cada uno de estos circuitos puede estar constituido por alrededor de treinta pequeñas comunidades con un promedio de 50 familias cada una. Este operativo se repite tres veces al año (promedio) con la intencionalidad de sostener este vínculo con cierta regularidad.

Paralelamente, con estos operativos, se pretende realizar un diagnóstico de la situación social a partir de un relevamiento a las familias de esas comunidades, a la vez que establecer relaciones con referentes de las mismas para realizar los recorridos. Si bien la mayor parte de estos circuitos estaban ya identificados y se venía trabajando en ellos con anterioridad, la pretensión es planificar y sostener una regularidad mayor de estos operativos.<sup>39</sup>

En el caso de Gran Resistencia, el trabajo de campo se desarrolló directamente a través de las entrevistas en profundidad a los referentes institucionales. En este caso, se cubrieron diferentes zonas geográficas del Gran Resistencia con el fin de poder captar las diversidades de este aglomerado urbano.

37 De acuerdo consta en las planillas de los organizadores municipales del operativo, el mismo atiende en sus diferentes ventanillas más de 20 000 consultas semanales en cada uno de los barrios donde se vienen realizando. Estas cifras de evacuación de tramitaciones resulta cuantitativamente elevada en relación a las que registran los operativos en otras localidades del conurbano bonaerense. En parte por la gran concentración de población vulnerable que concentra este partido, y en parte por la capilaridad de su organización territorial que al ponerse en actividad habilita una gestión exitosa de los operativos.

38 Una de las comunidades con mayor aislamiento y mayores déficits asociados a la pobreza persistente es la comunidad Wichi, situación ya advertida por Isla (2013). Esta comunidad de agricultores primarios vive en comunidades más internadas en el monte y se provee de él, responde colectivamente al cacique de la comunidad, y cuando salen de la comunidad (por ejemplo, para hacer trámites) suele trasladarse la familia completa.

39 Como parte de estos operativos funciona el tren sanitario de Desarrollo Social Ramón Carrillo y el Eva Perón. El tren sanitario incluye también personal de la ANSES para realizar los trámites relacionados con el Sistema de Seguridad Social y además facilita, en forma itinerante, la certificación del cumplimiento de la condicionalidad de salud, entre otras cuestiones.